Rok XXXIII. Kraków 27. Stycznia 1894 r. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O leczniczej wartości wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał
Dr. med. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

W roku 1889. Gallenga *(Brevi considerazione sulla cheratiti infettive. Parma)*, wywołał sztucznie owrzodzenia i pryszczyki na rogówce przez zastrzyknięcie pod spojówkę gałkową hodowli drobnoustrojów. Sprawy te ustępywały znów po wstrzyknięciu pod spojówkę roczczynu sublimatu. Niebawem też Secondi *(Le injezioni sutto congiunctivali per cura delle alterazioni infettive della cornea. Giorn. d. R. Accad. di Torino 6—7. 1889)* zastósował wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu w celu leczenia owrzodzeń rogówki i jej zapaleń z nagromadzeniem się ropy w komórce przedniej. Już po upływie trzech godzin owrzodzenie miało się oczyszczać, jednocześnie miał się zmniejszać otaczający je krążek zapalny, w ciągu zaś 1—3 dni następować miało wyleczenie. Nadto po użyciu tego sposobu leczenia zamglenie ma zawsze pozostawać tylko w obrębie dna poprzedniego wrzodu. Leczył on również tym sposobem zapalenia naczyniówki i tęczówki; dodaje jednak, że w ciężkich przypadkach *keratitis* z *hypopyon* wypadało uciekać się do cięcia Saemischa i innych sposobów leczenia.

Sprawę wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu, podjęto znów na zjeździe okulistów francuzkich w roku 1891. Abadie, mówiąc o wstrzykiwaniach do wnętrza gałki, dodał, że otrzymał pomyślne wyniki, zastrzykując sublimat w przypadkach zapaleń rogówki wywołanych przez drobnoustroje, również w zapaleniach naczyniówki i siatkówki, otoczkowem i rozsianem. Darier, na mocy doświadczeń w ciągu roku dokonywanych, oznajmił o szczególnie pomyślnem działaniu wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu w bardzo wielu cierpieniach oka. Obszerniej traktuje on sprawę w art. *Des injections sousconjonctivales du sublimé en thérapeutique oculaire (Arch. d'oph. XI. Sept. — Oct.).* Wychodzi on naprzód z zasady, że, chcąc działać miejscowo, właściwiej jest stósować czyli wprowadzać środki lecznicze w miarę możności jak najbliżej części cierpiących, przeto zastrzykiwał on sublimat pod spojówkę gałkową w ilości 0.05 lub 0,1 1‰ roczczynu i otrzymał świetne wyniki w zakaźnych cierpieniach rogówki, dalej w *keratitis* z *hypopyon*, kilakowem i swoistem zapaleniu tęczówki, w zwyczajnem zapaleniu tęczówki lub też w jego połączeniu z *keratitis punctata*. Nawet rozlane zapalenie rogówki, od sześciu miesięcy istniejące, ustępowało w ciągu 7—8 tygodni po 7—8 wstrzyknięciach. Dwa przypadki zakażenia przez blizny przesączające ustąpiły po 3—5 zastrzyknięciach. Rozległe, głębokie nacieki rogówki, nawet w połączeniu z nagromadzeniem się ropy w komórce przedniej, ulegały wessaniu w ciągu niewielu dni po kilku zastrzyknięciach. Co do chorób dna oka, to zapalenia naczyniówki w postaci bądź zapalenia środkowego, bądź też bardziej rozlanego ustępowały w przeciągu 8—12 dni po trzech zastrzyknięciach. Nader pomyślne zejście otrzymał również w jednym przypadku zapalenia nerwu wzrokowego w blednicy — zupełne wyleczenie w ciągu 15 dni po pięciu zastrzyknięciach, bardzo znaczne polepszenie również w zapaleniu nerwu wzrokowego i siatkówki. W zaniku nerwów wzrokowych, zastrzykiwania sublimatu pozostały bez skutku, jakkolwiek robił je nie tylko pod spojówkę, lecz nadto w okolicę pozagałkową a nawet do pochwy nerwu wzrokowego.

Zwykle wstrzykiwania nie wywoływały szczególnego zadrażnienia, za użyciem kokainy wstrzyknięcia same były prawie bezbolesne; ból objawiał się dopiero w chwili, gdy działanie kokainy już ustawało a chociaż bywał dość znaczny, ustępował jednakże przed końcem pierwszej doby. W czterech tylko przypadkach zadrażnienie było bardzo znaczne, lecz były to ciężkie postacie zapalenia tęczówki i naczyniówki.

Dodam jeszcze, że wyniki osiągnięte zasługują na uwagę z tego jeszcze względu, że Darier podczas doświadczeń nie stósował równocześnie żadnych innych środków leczniczych, jakkolwiek uważa je za najzupełniej odpowiednie, zwłaszcza w formach kiłowych.

Pflueger zalecał raczej wstrzykiwania trójchlorku jodu (1:2000); zwrócił też uwagę na okoliczność, że wstrzykując fluorescynę pod spojówkę otrzymujemy zabarwienie rogówki, naczyniówki, cieczy wodnej, ciała szklanego i soczewki, co najwyraźniej dowodzi, że leki zastrzyknięte z pod spojówki za pomocą naczyń chłonnych rychło i daleko mogą się rozchodzić. Zdawaćby się mogło, że sublimat, odbywszy znaczną drogę przez tkanki, utracić może swą siłę bakteryobójczą, wszakże Ooio, na zjeździe okulistów włoskich w roku 1890 *(Annali di Ottalm.* 1891. Fasc. 1—2) udowodnił za pomocą doświadczeń, że dyfuzya przez ciałko szklane bynajmniej nie pozbawia sublimatu tych własności, w znacznym przynajmniej stopniu. Mocniejsze rozczyny wywoływały w ciałku szklanem zamglenia, które pozostawały na zawsze, nawet zapalenie tęczówki i zanik gałki; w praktyce najstósowniej zatem było poprzestać na słabych rozczynach, najlepiej 1:2000.

Tak więc i ze stanowiska ściśle naukowego i z otrzymanych praktycznych wyników, wstrzykiwania sublimatu powinny były zasłużyć sobie na uznanie. Mimo to jednakże nie znalazły one naśladowców. Przypuszczam, że zbyteczny optymizm, którym grzeszy sprawozdanie z pierwszej seryi spostrzeżeń Dariera, dalej idący do ostateczności empiryzm, jak n. p. wstrzykiwanie w przypadkach zaniku nerwu wzrokowego, nadto bezpośrednio do samej pochwy nerwu, mogły zniechęcić do dalszych badań nad działaniem nowego sposobu leczenia. To też sprawę działania wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu podjął Darier ponownie na zjeździe okulistów francuskich w r. 1892 (Posiedz. 4. maja). Zwrócił on mianowicie uwagę na pomyślne wyniki leczenia zapaleń siatkówki i naczyniówki, powstających w późnych okresach kiły, również nerwu wzrokowego. W przypadkach niedowidzenia ośrodkowego, z wyjątkiem tytoniowego i wyskokowego, w zapaleniu nerwu wzrokowego pozagałkowem, gośćcowem czyli reumatycznem i w zaniku nerwu wzrokowego pochodzenia kiłowego otrzymywał on znaczną poprawę lub nawet rychłe wyzdrowienie.

Lagrange *(Rec. d'ophtalm.* 1892. styczeń) w bardzo ciężkim przypadku *irido-chorioiditis specifica*, który wcale nie ustępował leczeniu szaruchą i jodem, użył wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu i niezwłocznie otrzymał zadziwiający skutek; utrzymuje on jednak, że jedna przedziałka strzykawki rozczynu $1^0/_{00}$ stanowi zbyt małą dawkę i że ją zwiększyć należy do pięciu przedziałek. W drugim swym artykule, tamże ogłoszonym (Wrzesień), podał Lagrange wyniki leczenia wstrzykiwaniami podspojówkowemi sublimatu dwóch przypadków miąższowego zapalenia rogówki; z tych w jednym, powstałym na tle kiły dziedzicznej, nastąpiło w ciągu 50 dni zupełne wyzdrowienie, w drugim zaś u chorego wolnego od kiły, ale z bardzo znacznym upadkiem odżywiania, polepszenia wcale nie było.

Na XI. posiedzeniu Towarzystwa okulistycznego w Heidelbergu, miał Darier odczyt o leczeniu spraw zakaźnych powstających po operacyi zaćmy za pomocą zastrzykiwań podspojówkowych sublimatu. W lżejszych postaciach otrzymał on zupełne wyleczenie używając li tylko wstrzykiwań; inne przypadki wymagały nadto galwanokauteru i przekłucia rogówki. Dobre wyniki otrzymywał Darier w przypadkach, w których można było przypuszczać zakażenie, jak w przypadkach *ulcus rodens*, *keratitis profunda* i nacieki w naczyniówce. Pomyślne działanie tłómaczy on w ten sposób, że sublimat przechodzi do wnętrza gałki i tu działać może wprost na drobnoustroje. Ostatnią wreszcie z porządku i najpoważniejszą jest praca Dra Gepnera (syna) o zastrzykiwaniu sublimatu pod łącznicę oka, świeżo ogłoszona w *Medycynie* (Nra 36, 37 i 38 r. 1893):

1) W sześciu przypadkach zakażonych ran rogówki z nagromadzeniem się ropy w komórce przedniej i następowem zapaleniem tęczówki (w jednym przypadku 5-go dnia po operacyi zaćmy, było zupełne, ropne zapalenie ciałka rzęskowego i tęczówki), w przypadkach bardzo ciężkich otrzymywał on po 1—2 wstrzyknięciach sublimatu w krótkim czasie bardzo pomyślne wyniki. Polepszenie widocznem było już nazajutrz po pierwszem wstrzyknięciu.

W miąższowem zapaleniu rogówki wstrzykiwania nie wywierały widocznego wpływu na przebieg sprawy; jeden za to przypadek *keratitidis punctatae profundae Stellwagi* wyleczył w ciągu tygodnia, po dwóch tylko wstrzyknięciach.

2) W jednym przypadku zapalenia twardówki, które nie ustępowało przedtem innym sposobom leczenia a w którym zajętą już była trzecia część obwodu rogówki, dość było dwóch wstrzyknięć do przerwania postępu choroby a ośmiu do zupełnego wyleczenia.

3) W chorobach tęczówki, prócz urazowych jej zapaleń w punkcie pierwszym wymienionych, otrzymał Gepner pomyślne wyniki w dwóch przypadkach samoistnego zapalenia tej błony, w obu po dwóch tylko wstrzyknięciach. Jest rzeczą jak najgodniejszą uwagi, że po wstrzyknięciu sublimatu źrenica niezwłocznie zaczyna rozszerzać się od atropiny. Co się tyczy swoistego zapalenia tęczówki, nastąpiło wessanie niewielkiego zresztą kilaka po dwóch wstrzyknięciach w ciągu dni dziesięciu. W innych przypadkach wypadło zaniechać wstrzykiwań.

4) Co do cierpień wewnętrznych błon oka, otrzymał Gepner pewniejsze wyniki w zapaleniu naczyniówki i siatkówki u krótkowidzów. Po 2—3 wstrzyknięciach następowała poprawa, w jednym przypadku nawet mimo znacznych wynaczynionek w okolicy plamek żółtych; zasługuje zaś na uwagę, że poprawa wzroku widoczną była już wtedy, gdy za pomocą wziernika nie można było jeszcze przekonać się o zmniejszeniu się wybroczyn. Po wstrzykiwaniach sublimatu w *chorio-retinitis myopica* chorzy w każdym razie spostrzegali zmniejszenie się ilości muszek latających i z poprawy byli zadowoleni. Wreszcie znaczne polepszenie $^5/_{15}$ w miejsce $^5/_{50}$ i $^5/_{36}$ otrzymał Gepner nawet w jednym przypadku typowego barwikowego, zwyrodnienia siatkówki.

Ocenienie nowego sposobu leczenia wymaga koniecznie zbiorowej pracy, aby go wypróbować w jak największej ilości przypadków. W tym też celu w ciągu ostatnich kilku miesięcy wstrzykiwałem pod spojówkę sublimat przeszło w 60 przypadkach; lecz w bardzo wielu z nich, ze względu na groźne zjawiska, wypadło uciekać się równocześnie do innych sposobów leczenia, o ścisłości zatem wyników w tych przypadkach nie mogłoby być mowy. To też podaję tu przypadki, które leczyłem li tylko za pomocą wstrzykiwań pod-

spojówkowych sublimatu, chcąc zachęcić do dalszych badań nad działaniem tego środka.

Choroby rogówki.

1) Sara Z., 40-letnia. Danych anamnestycznych żadnych. Drogi łzowe zdrowe. Całą prawie górną połowę lewej rogówki zajmuje wrzód dość głęboki a posuwający się widocznie w kierunku ku wewnątrz. Dwie trzecie komórki przedniej wypełnia ropa. Mocne bóle rzęskowe.

12. Czerwca 1893. wstrzyknąłem sublimat.

15. Czerwca. Ropa wypełnia znacznie mniej, niż dolną połowę komórki przedniej. Bóle ustały zupełnie nazajutrz po wstrzyknięciu, chociaż na razie znacznie się wzmogły. Drugie wstrzyknięcie.

20. Czerwca *Hypopyon* znikło bez śladu; zamglenie dokoła wrzodu znacznie mniejsze; gałka zupełnie blada.

2) Jan B., 12-letni chłopak.

7. Lipca 1892. Przed tygodniem, łowiąc ryby, zarzucił do prawego oka haczyk, który pozostawał w rogówce przez sześć godzin, poczem haczyk wyjęto, jednakże z przedziurawieniem rogówki. Przykładano przez cztery dni mięszaninę z białka i ałunu. W górnej połowie rogówki wrzód wielkości 2 mm., z wyraźnie żółtym odcieniem; dolną połowę komórki przedniej wypełnia rzadka ropa, źrenicy wcale nie widać. Nastrzyknięcie naczyń okołorogówkowych bardzo znaczne, obfity łzotok, światłowstręt, mocne bóle rzęskowe. Wstrzyknąłem sublimat, opaska, atropina z kokainą.

6. Lipca. Gałka blada, ropę widać tylko, jako pasemko na milimetr szerokie, obok brzegu dolnego rogówki, źrenica o połowę rozszerzona, bóle rzęskowe zupełnie ustąpiły. Powtórnie wstrzyknąłem sublimat.

10. Lipca. Źrenica zupełnie rozszerzona, powierzchnia wrzodu wszędzie pokryta przybłonkiem, gałka blada, tylko ku górnemu brzegowi rogówki zmierzają liczne naczynia krwionośne.

18. Lipca. Obok górnego brzegu rogówki biała plamka, nie więcej nad milimetr średnicy mająca, reszta rogówki zupełnie przeźroczysta $V = {}^{20}/_{30}$.

3) Piotr M., 14-letni chłopiec, przed trzema dniami został uderzony w oko bryłą ziemi.

2. Sierpnia 1893. Silne zadrażnienie oka, w dolnej części rogówki wrzód milimetr średnicy mający. Ciepłe okłady dwa razy dziennie, przemywanie kwasem borowym, jodoform.

4. Sierpnia. Trzecią część komórki przedniej wypełnia ropa.

6. Sierpnia. Ropa wypełnia już większą połowę komórki, nadzwyczaj mocne bóle rzęskowe. Wstrzyknąłem sublimat.

12. Sierpnia. *Hypopyon* znikło zupełnie, gałka blada. Po upływie dziesięciu dni ledwo dostrzegalna plamka w dolnym odcinku rogówki $V = {}^{20}/_{20}$.

4) Małka M., 40-letnia. Drogi łzowe zdrowe. Przed dwoma tygodniami została silnie uderzoną trzonkiem noża w oko lewe.

12. Sierpnia. Mocne bóle rzęskowe; komórka przednia cała wypełniona ropą, która za najlżejszem dotknięciem się gałki występuje przez niewielki otwór w środku górnej połowy rogówki. Wstrzyknąłem sublimat (atropina z kokainą).

16. Sierpnia. *Hypopyon* zajmuje tylko dolną połowę przedniej komórki. Bóle rzęskowe w kilka godzin po zastrzyknięciu ustąpiły prawie zupełnie. Owrzodzenie zajmuje prawie całą górną połowę rogówki a wskutek tego tęczówkę ledwo widać. Powtórnie zastrzyknąłem sublimat.

20. Sierpnia *Hypopyon* jest widoczne tylko na dnie komórki przedniej, owrzodzenie wszakże pozostaje, jak dawniej. Trzecie wstrzyknięcie.

26. Sierpnia. Owrzodziała powierzchnia pokryta przybłonkiem; rozpoczyna się unaczynienie górnej połowy rogówki. We dwa tygodnie później widzieć można było tylko bielmo, które zajmowało trzecią górną część rogówki.

5) Marya Z., 18-letnia. Dnia poprzedniego skaleczono jej lewe oko scyzorykiem.

1. Sierpnia. Rana cięta w górnej i wewnętrznej części gałki ocznej, przebiegająca z dołu i od zewnątrz ku górze i ku wewnątrz. Długość rany 9 mm.; dwie trzecie jej znajdują się w obrębie twardówki. Rana szeroka otwarta; tęczówka posunięta w kierunku ku ranie tak, iż źrenicy wcale nie było widać, mimoto z rany nie wypadła, trudno też było podejrzywać wypadnięcie ciałka szklanego. Zadrażnienie oka bardzo nieznaczne. W ciągu pierwszej doby, wkraplając często mocny rozczyn ezeryny, udało mi się wciągnąć tęczówkę do komórki. We dwa dni później, po zupełnem rozszerzeniu źrenicy przekonałem się, że torebka soczewki również była przekłuta w górnej swej części a przez otwór powstały występowała substancya soczewki; równocześnie spostrzegłem ropę na dnie komórki przedniej.

5. Sierpnia. Ropa zajmowała prawie trzecią część komórki, wystąpiły bardzo mocne bóle rzęskowe, brzegi rany były czyste. Wstrzyknąłem sublimat, do wieczora bóle ustały.

12. Sierpnia. *Hypopyon* nie powiększyło się, natomiast wzmogły się znów bóle. Wstrzyknąłem powtórnie sublimat.

14. Sierpnia. *Hypopyon* znikło bez śladu. Rana zabliźnia się zupełnie prawidłowo. Źrenica cokolwiek tylko przeciągnięta ku górze, zresztą rozszerza się dobrze od atropiny; gałka zupełnie blada, najprawidłowiej rozwija się zaćma urazowa.

W trzech innych przypadkach *keratitidis c. hypopyo* wstrzykiwania nie wywołały żadnej zmiany w przebiegu cierpienia i byłem zmuszony uciec się do cięcia Saemischa.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera w Krakowie.

O wartości kokainy w chirurgii.

Podał

Dr. Antoni Gabryszewski,

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3.)

Zatrucia śmiertelne należą do rzadkości a opisywane przypadki zdarzały się po dawkach znacznie większych, niż dozwolone. Paweł Reclus na posiedzeniu towarzystwa chirurgicznego paryskiego zeszłego roku zdawał sprawę z dotychczasowych przypadków śmierci z powodu kokainy. Ma ich być dotąd 15, z nich 11 wydarzyło się po użyciu więcej, niż 22 cg. alkaloidu; 4 przypadki, gdzie ilość nie miała przenosić 10 cg., nie są na pewno stwierdzone.

Bądź co bądź liczba to poważna i godna zastanowienia się. Jeżeli za wielka dawka w pierwszym rzędzie odpowiada za złe skutki, to nie da się zaprzeczyć, że istnieje wiele okoliczności sprzyjających zatruciu; mają zaś one zależeć częścią od środka samego i jego stosowania, częścią od ustroju, który go przyjmuje.

Zwróciłem był uwagę na okoliczność, że tylko kokaina czysta i z pewnej firmy daje rękojmię skutku i bezpieczeństwa. Niektórzy przestrzegają przed zbyt zgęszczonymi rozczynami (Reclus i Wall[1]), Fränkel[2]), inni przed wielkim obszarem do injekcyi (G. Hobbs)[3]); jedni i drudzy mają słuszność, ale tylko względną; czy bowiem użyjemy rozczynu zgęszczonego, czy jakiś rozczyn zastósuje-

[1]) Reclus i Wall l. c.
[2]) Fränkel. l. c.
[3]) G. Hobbs. Journ. of laryng. vol. IV. Nr. 2. Centrbl. f. Chir. 93 r.

my na znacznym obszarze, w każdym razie spotrzebujemy większą ilość alkaloidu; to zaś jest dla ustroju obojętne, w jakiem zgęszczeniu lub za pomocą wielu injekcyj wprowadzimy weń truciznę; rozstrzyga tylko ilość tej trucizny.

Przytoczone zastrzeżenia nie zasługują przeto wedle naszego mniemania na uwzględnienie; za to musimy baczną zwrócić uwagę na inne okoliczności usposabiające do złowrogiego działania kokainy. Powiedziałem już, że u dzieci stósować należy tylko nadzwyczaj małe ilości kokainy, bo ją źle znoszą. Podobnie jak dzieci, zachowują się i niektóre dorosłe osoby bez żadnych szczególnych zewnętrznych lub wewnętrznych oznak; toby była idyosynkrazya istotna. Takie jednak osoby należą na szczęście do nadzwyczaj rzadkich wyjątków; zwykle zaś ta dyspozycya indywidualna odznacza się pewnemi cechami. Są to zwykle ludzie nerwowi, chorzy na serce lub niedokrewni a dalej ludzie schorowani, wymęczeni, znużeni lub niewyspani. Na te przemijające zboczenia nie zwrócił dotąd nikt uwagi a są to okoliczności wielkiego znaczenia.

Z takimi pacyentami trzeba być ostrożnym, ale nie trzeba się dziwić ani przerażać, jeżeli bledną, pocą się i mdleją, gdyż zemdleliby i bez kokainy. Wogóle w tej mierze przesadza się w składaniu wszelkich przykrych przypadłości na karb zastrzykniętego alkaloidu. A jednak wieluż to ludzi mdleje przy rwaniu zębów lub przecinaniu zastrzałów bez znieczulenia? ja twierdzę, że ból gwałtowny to daleko lepszy środek na mdłości, niż kokaina.

Ważną bardzo rolę w działaniu kokainy odgrywa miejsce, w które ją się wstrzykuje. Już dawno zwrócono uwagę (Wölfler), że na głowie, na twarzy, w jamie ustnej i nosie daleko łatwiej przychodzi do zatrucia. Wspomniałem już nawet, jak przesadzone na tem tle wyrażono obawy. Jakkolwiek wszakże nie możemy w żaden sposób uznać głowy za miejsce *noli me tangere* ze względu na kokainę, przyznać musimy, że jest to część ciała szczególniej na ten alkaloid wrażliwa. To też dawka na głowie winna być bezwarunkowo mniejszą, niż na reszcie ciała; nie powinna przekraczać dwóch centygramów (0,02).

Jak uzasadnić tę szczególną okoliczność? Zdaje się, że oprócz pobliża ośrodków nerwowych, w szczególności mózgu, ważny wpływ wywiera tu mnóstwo naczyń głowy. Kokaina niezmiernie łatwo dostaje się tu do obiegu krwi a z nim do mózgu, gdzie szybko rozwija swe działanie.

Wielka ilość naczyń wogóle w wysokim stopniu usposabia do zatrucia przez ułatwienie resorbcyi wstrzykiwanego środka. Ztąd wielu autorów ostrzega, aby w mocno unaczynionych okolicach nie używać kokainy (Reclus i Wall, Ricci i t. d.); i my się na to zgadzamy, ale z zastrzeżeniem.

Przy wstrzyknięciu tak małych dawek, jak ich my używamy, nawet wprost do żył, objawy zatrucia będą bardzo nieznaczne. Zresztą objawy te występują tak rychło, że byle chwilkę po injekcyi zaczekać, zobaczy się jej skutki. Zalecamy szczerze taką chwilę cierpliwości po pierwszem wstrzyknięciu, szczególniej w miejscach podejrzanych i niebezpiecznych, bo ona ochronić nas może nieraz od przykrych następstw dalszych injekcyj. Jako takie słabe miejsca wskazujemy zęby mądrości, szczególnie górne, guzy krwawnicowe odbytnicy i t. p. Zato tem śmielej możemy działać na miejscach skąpo w naczynia zaopatrzonych, a już najwygodniej tam, gdzie miejsce operowane od krążenia oddzielić umiemy, t. j. na kończynach. Najlepiej to uczynić zapomocą opaski elastycznej (Esmarcha), która nie tylko chroni od zatrucia, ale dozwalając na użycie większej ilości alkaloidu znakomicie wzmacnia i rozszerza znieczulenie. Wiadomo zresztą, że samo mocne zaciśnienie obniża czucie kończyny. Pierwszym, który użył opaski Esmarcha jako wielkiej pomocy przy znieczulaniu kokainą, był Corning[1]); po nim zrobili to Roberts[2]), Hoffmann[3]) i t. d. a i my widzieliśmy zawsze z elastycznej opaski najświetniejszy skutek. Nie trzeba jej jednak znowu nadużywać do drobnostek, bo takie skrępowanie kończyny jest przykre a nawet bolesne.

Innym znowu środkiem ochronnym przed niemiłymi przypadami po zastósowaniu kokainy jest poziome ułożenie chorego. Sposób ten, oddawna już używany w chirurgii celem zabezpieczenia chorych od omdlenia i jako ratunek w omdleniu, ma ze względu na kokainę podwójną doniosłość. Smutne a częste stósunkowo przypadki w dentystyce przypisać należy zdaniem Pawła Reclusa właśnie zaniechaniu tego środka ostrożności.

W każdym więc przypadku pamiętać należy, że zabieg tak drobny a łatwy odwrócić może niebezpieczeństwo a już, co najmniej, oszczędzić niejednej przykrości. W razie obawy o siły pacyenta dobrze jest dać mu nadto wypić kieliszek dobrego wina lub koniaku przed rozpoczęciem operacyi.

W przypadkach, w którychby mimo wszelkich środków ostrożności przyszło do objawów zatrucia, mamy jeszcze do wyboru inne środki pomocnicze a w pierwszym rzędzie azotyn amilowy (*Amylnitrit*), podany już przez Niemana jako odtrutka dla kokainy. Jako środek nadzwyczaj mocno obniżający parcie krwi, zaleca się szczególniej wobec przypadów niedokrewności mózgowej, w postaci wziewań po 1—5 kropel na chustce lub wacie. Co do mnie, nie mając nigdy cięższego zatrucia, nie potrzebowałem tak energicznej pomocy; używałem go jednak kilkakrotnie w omdleniu, ze skutkiem zupełnie zadowalającym. Feinberg i Blumenthal[4]) na podstawie swych doświadczeń na zwierzętach zalecili jako odtrutkę kokainy bromek potasu (*kalium bromatum*), Ricci[5]) radzi makowiec, inni wreszcie morfinę, antypirynę, nitroglicerynę i t. d.[6])

Wypadałoby mi przedstawić ciekawy, ale niezmiernie długi szereg objawów najrozmaitszych ostrego zatrucia kokainą. Nie ma to jednak dla nas żadnej wartości, choćby

---

[1]) Corning. l, c.

[2]) Roberts. l. c.

[3]) Hoffmann. Wiener. medic. Wochschr. 1887 r. Nr. 16.

[4]) Deutsche Medicinalzeitung 1884. Nr. 99.

[5]) Ricci. l. c.

[6]) Opierając się na tem, że chloroform działa wprost przeciwnie, jak kokaina, zalecił w 1888 r. Prof. Obaliński kombinacyę tych dwóch środków, jako tak zwaną narkozę mieszaną. Dobre wyniki, jakie zarówno Prof. Obaliński, jak Dombrowski z Petersburga za pomocą tego sposobu otrzymywali, same najlepiej za nim przemawiają. Z drugiej strony, jeśli badania Anrepa, Ugolina Mossy, Ammona, Littena, Freuda it d. przemawiałyby za taką mieszaną narkozą (ze względu na podnoszenie się ciśnienia krwi po kokainie), to innych autorów prace (Erlenmayer, Marvand) odmawiające wspomnianej własności kokainie, narkozę tę kwestyonują. Ciekawą jest rzeczą, że w tymże samym roku 1888. Spediacci ostrzegał przed chloroformowaniem po użyciu kokainy.

W Centralblatt für Chirurgie z 6. Grudnia 1893 r. (patrz *Przegląd lekarski* Nr. 2. z b. r.) zaleca Gautier mieszaninę kokainy z nitrogliceryną.

z tej racyi, że przy ostrożnem użyciu środka, z pewnością uniknąć zdołamy tego niemiłego powikłania. Najczęstsze przypady zatrucia polegają na tem, że chory dostaje zawrotu głowy, blednie i mdleje. Niekiedy zjawia się jakiś niepokój albo strach, rozszerzają się źrenice — chory oddycha nieregularnie a ciężko (tego ostatniego objawu doświadczyłem na sobie samym). Tętno zachowuje się bardzo rozmaicie; zwykle jednak przyspiesza się, słabnie i t. d.

Ciekawe szczegóły najróżnorodniejszych postaci ostrego zatrucia kokainą przejrzeć można w rozprawie inauguracyjnej Dra Marka Lattego (Berlin 1888 r.).

Chcę teraz podać sposoby szczegółowego stósowania kokainy czyli przedstawić technikę znieczulania.

Rzecz wydaje się nadzwyczaj prostą a jednak jest inaczej; nieraz wśród okoliczności zupełnie jednakich jeden nie może otrzymać dokładnego znieczulenia, drugi otrzymuje je z łatwością. Trzeba istotnie doświadczenia i wprawy, aby sobie w każdym poradzić przypadku. Ogólne przepisy tu nie wystarczą; każdy prawie przypadek wymaga innego postępowania. Trudno jednakże zajmować miejsce przytaczaniem każdej operacyi z osobna z zastósowaniem miejscowego znieczulenia. Wszelka kazuistyka to nudny a niechętnie widziany balast; poprzestanę przeto na podaniu ogólnych prawideł a uzupełnię je kilkoma przykładami.

Znieczulanie błon śluzowych nie przedstawia trudności; wciera się w nie rozczyn czyli pomazuje lub po prostu zakrapla[1]). Takie postępowanie wystarcza a laryngologowie prawie, że innych nie używają sposobów, jakkolwiek Chiari[2]) wspomina, że do głębszych warstw należy kokainę wstrzykiwać dodatkowo. O ile chirurg wkracza w te wspólne dziedziny, powinienby na tem samem poprzestać; ale zabiegi chirurgiczne są i głębsze i cięższe, zazwyczaj też dłużej trwają. Mam nadto, może nieuzasadnione, przekonanie, że to smarowanie nie dość dokładnie znieczula a nadto wobec bardzo zgęszczonych rozczynów i dawki nie dość ściśle oznaczyć się dającej, łatwiej sprowadza zatrucie.

Tak czy owak, czy to do stafilorafii czy do wyłuszczania mniejszych guzów nosa i gardła, pewniejsze jest zastrzyknięcie. Schramm[3]) z Drezna robił wprawdzie przez półtrzeciej godziny kolporafię bezboleśnie, smarując kilkakrotnie pochwę 20% kokainą, ale pochwa w ogóle nadzwyczajną czułością nie odznacza się, przeto porównanie nieodpowiednie.

Błony śluzowe więcej zakryte i niedostępne trzeba znieczulać wstrzykiwaniem (irrygacyą) rozczynu w odpowiednie przewody (cewka, pęcherz, odbytnica). Sposób prosty, ale nie pewny, bo wymaga znacznej ilości płynu, przeto rozczyn musi być bardzo słaby. Mimo to spostrzegano w takich właśnie przypadkach ciężkie zatrucia z śmiertelnem nawet zejściem (Simes[4]), Stein[5]), Kolomnin[6])).

Do znieczulenia skóry wstrzyknięcie jest niezbędne. Mówiąc w ogóle o działaniu kokainy, zaznaczyłem wprawdzie, że na skórze zranionej lub otartej może samo pomazanie wywołać znieczulenie; jest ono jednak zbyt powierzchowne, aby go użyć można do jakiegoś zabiegu operacyjnego. Nie mogę się zgodzić z L. Northem z Brooklynu, gdy sobie tak wielce zachwala sposób zalewania ran kokainą, celem wykonania następnie operacyi; zaleciłbym jednak takie zalewanie przy opatrywaniu bolesnych a niezbyt dużych ran, przy przypalaniu wrzodów i t. p.; oszczędzi to choremu wiele bólu a lekarzowi pozwoli sprawę załatwić dokładniej.

(Dokończenie nastąpi.)

[1]) Zalecone przez Hodgkinsona i H. Percy Dunna (Brit. med Journ. 85) rozpylanie czyli spray działa gorzej i łatwiej zatrucie sprowadza.

[2]) Wien. med. Wochens. 87 r. Nr. 7. 8, 9.

[3]) Centralbl. f. Chir. 85 r.

[4]) Centralbl. f. Chir 89 r.

[5]) Prager med. Wochs. 89 r. 32.

[6]) Kolomnin wstrzyknął pewnej kobiecie do odbytnicy w lawatywie około półtora grama kokainy celem następnego wyskrobania owrzodzeń. Po trzech godzinach nastąpiła śmierć a lekarz tak wziął sobie tę sprawę do serca, że rewolwerem życie sobie odebrał.

III. Nowy sposób żywienia chorych.

Podał
Czesław Sędzimir,
Doktorand medycyny w Krakowie.

Mając w najbliższej sobie rodzinie osobę chorą na gruźlicę płuc z niezbyt rozległemi jeszcze naciekami, która jednak wskutek stanowczego wstrętu do jadła, nieprzyjmując żadnych pokarmów niezmiernie chudła, widziałem się zniewolonym przystąpić do żywienia chorej zapomocą zgłębnika. Ponieważ jednak wymieniona chora jest bardzo wrażliwą, nieco histeryczką i nadzwyczaj mało posiada siły woli, nie udało mi się założenie zgłębnika, a gdy to samo zdarzyło się i uproszonemu przezemnie, biegłemu w tej mierze lekarzowi, zrozpaczony przemyśliwałem, jakimby przecież sposobem wprowadzić pokarmy do żołądka chorej. Rezultat był następujący:

Z cieniutkiej, lecz bardzo gęstej tkaniny jedwabnej uszyłem rurkę o przekroju 4 milimetrów a długości metra. Oba końce zostawiłem otwarte; do jednego przytwierdziłem kawałek prasowanej waty tak, aby rurki nie zacisnąć, t. j. przyszyłem ją tylko na sznureczku do ściany rurki przy jej końcu, drugi zaś otwarty koniec obrąbiłem. Przed przystąpieniem do chorej napoiłem watę w cukierniczej mięszaninie żółtka, miodu i wanilii, rurkę zaś samą, aby była śliską w słodzonem białku. Rurka wskutek przemoknięcia zamieniła się w cienki sznurek. Aby przy próbie znieść zupełnie wrażenie sznurka w ustach, pomazałem chorej lekko wargi, język i podniebienie mocno słodzonym rozczynem kokainy i przystąpiłem do rękoczynu. Poprosiwszy chorą, by zamknęła oczy a otworzyła usta, dałem jej najpierw przełknąć dwie owocowe pomadki z krótkiemi sznureczkami a następnie z przykazem, aby nic nie żuła ani smakowała, ową słodką watę. Cel był osiągnięty: chora połknęła watę a z nią zgłębnik. Wówczas wytłomaczywszy chorej podstęp, na wolny koniec zgłębnika nałożyłem strzykawkę napełnioną 150 gramami żółtka kurzego i wstrzyknąłem całą tę ilość do żołądka, poczem zgłębnik wraz z watą wyciągnąłem napowrót.

Od tego czasu powtarzam zabieg codziennie z widocznym skutkiem a chora nie czuje przy całej manipulacyi żadnej przykrości. Tym też sposobem podaję leki, do których chora czuje idyosynkrazyę.

Gdy zapuszczanie zgłębników zwykłych bywa tak przykrem dla chorego i lekarza, zwłaszcza jeżeli chory jest nadmiernie wrażliwy, gdy ogół uważa sondowanie za zabieg wielki i bardzo przykry, sądzę, że dobrze robię, publikując swój przypadek tem więcej, że tak często zachodzi potrzeba forsownego żywienia chorych bądź mających wstręt do

jadła, bądź zbyt wraźliwych na zgłębnik dzieci i kobiet. W końcu nadmieniam, że waty użyłem dla tego, aby bez żucia najdokładniej naśladowała kęs fizyologiczny.

IV. Oceny i sprawozdania.

Psychiatrya.

Dr. Adolf Rothe: **Rys dziejów psychiatryi w Polsce.**

Warszawa 1893, w 8-ce, stron VII i 136, odbitka z Pamiętnika Tow. lek. Warszawskiego z roku 1892.

Dziełko niniejsze napisane przez autora, znanego z licznych prac w dziedzinie psychiatryi, jest ważne już z powodu, że zwiększa poczet nader nielicznych prac psychiatrycznych w języku polskim ogłoszonych, a tem bardziej z powodu, że położyło sobie za zadanie skreślić historyę psychiatryi w Polsce. Wprawdzie, komu znany jest niski stan tej gałęzi nauki u nas obecnie a tem bardziej w przeszłości, dziwić się musi odwadze szanownego autora, który zabrał się do napisania historyi tej nauki u nas. Pierwszem pytaniem nasuwającem się każdemu, który bierze do ręki dziełko to, jest: o czem mógł pisać autor aż na 136 stronnicach? Dowiadujemy się o zamiarach szanownego autora z przedmowy, w której zapowiada, że opierając się na pracach G ą s i o r o w s k i e g o, oraz na słowniku lekarzy polskich, iście benedyktyńskiej pracy ś. p. K o ś m i ń s k i e g o, odważył się na urzeczywistnienie swego zamiaru i że, o ile było możebnem, zebrał całą literaturę psychiatryczną począwszy od czasów najdawniejszych aż do lat ostatnich, oraz przytoczył i te artykuły nielekarskie, które się odnoszą do obłąkania i obłąkanych, spodziewając się, że przyszłemu badaczowi praca jego ułatwi i utoruje drogę. Przyklasnąć musi autorowi za chwalebne usiłowania każdy, kto zna trudności, z jakiemi autor miał do walczenia i podziwiać wytrwałość jego w spisaniu rzeczy, leżącej dotychczas u nas odłogiem. Trzeba rzeczywiście być wyrozumiałym dla tej pracy, jeżeli uwzględni się wielkie zamiłowanie w przedmiocie, co do którego niejeden byłby zakłopotany, gdyby mu przyszło o nim słów kilka napisać.

Autor zaczyna od czasów przedhistorycznych, zestawiawiając te szczupłe wiadomości, które dają się odnieść z czasów pogańskich do historyi przedmiotu, któremu poświęcił swój czas i pracę.

Przechodząc następnie do czasów chrześciańskich wymienia jako najdawniejszego lekarza Polaka, o którym doszła do nas wiadomość, Jana Smerę, około r. 990, lekarza przybocznego Włodzimierza I, księcia kijowskiego. Dopiero w wieku XI. i XII. znajdujemy wzmiankę o lekarzach pełniących służbę na dworze królewskim. W wieku XIII znajdujemy Polaków w uniwersytetach zagranicznych, jak w Salernie, Bononii, Pawii i Paryżu, z pomiędzy których najsławniejszy jest Ciołek (Vitelio), w którego wielkiem dziele o optyce znajduje się dokładny opis oka pod względem anatomicznym i fizyologicznym. Chociaż w wieku tym powstały już szpitale przy klasztorach (w Poznaniu, Sławkowie i Krakowie), to jednak były to tylko schroniska dla pielgrzymów i wędrowców; lekarzy można było napotkać tylko na dworze królów, wielkich panów i biskupów.

Wiek XIV. i XV. były czasem rozkwitu w Polsce nauk pod wpływem uniwersytetów w Krakowie, w Wilnie i Zamościu. Wiek XVI słusznie wiekiem złotym w literaturze polskiej zwany, wykazuje i na polu lekarskiem pewien ruch, jak n. p. występują prace o przymiocie, ale i o kołtunie (*plica polonica*), chociaż pod koniec tego wieku astrologia, owa modna wówczas w całym świecie pseudo-nauka, przyplątała się do nauk lekarskich a przesądy i zabobon, które na całym Zachodzie europejskim rozwielmożniły się były, i Polski nie oszczędziły.

Następuje rozdział pod tytułem: *Historya literatury chorób umysłowych*, w którym autor zastanawia się nad dziełem Miechowity i kilku innych pisarzy, jak Strusia, Wedelickiego, Szymona z Łowicza, Jana Benedykta, Schneebergera, Grutyńskiego, Jana Nidana i przechodzi następnie do czasów upadku literatury ogólnej, jakoteż przyrodniczej i lekarskiej, będącego wynikiem upadku oświaty wogóle, od czasów, gdy rozpoczęła się walka z herezyą. Z okresu tego wymienia autor jako na uwagę zasługujących Jana Brożka, Aleksandra Mysłowskiego, Adama Oelhafa, Piotra Czachowskiego, Franciszka Rolińskiego, Daniela Beckhera, Krzysztofa Gottwalda, Jana Troppanigera, Jana Zajączkowskiego, Jana ze Szamotuł, najznakomitszego lekarza polskiego z XVII. wieku, inaczej także Janem Johnstonem zwanego, którego dzieło doczekało się 12 wydań a przełożone na język angielski służyło za podręcznik wykładowy w akademiach angielskich; Henryka Erndtela, lekarza przybocznego króla Augusta II., Kassyusza Jagielskiego, Behra Falkensona ze Żmudzi, F. L. de la Fontaine, lekarza przybocznego Stanisława Augusta, którego rozprawy lekarskie ukazały się w języku polskim i niemieckim. Wreszcie wspomina o popularnem dziele Ludwika Perzyny z zakonu Bonifratrów (urodzonego w Krakowie r. 1776. † w Kaliszu r. 1812.); poglądy jego nazywa trzeźwymi, racyonalnymi i rozsądnymi. W manii w młodym wieku chłostę uważa za najlepsze lekarstwo, ale i w opętaniu najlepszym środkiem jest rózga i batóg; o czarach wyraża się całkiem postępowo: „Wiedzieć macie, że to wszystko niczem innem nie jest, jeno oszustwem i oszukaństwem, gdyż przez nadnaturalne środki lub przy ich pomocy nie można wcale wyrządzać komukolwiek szkody lub krzywdy.“

Następuje rozdział o wierze w czarta i czary, oraz o prześladowaniu czarownic w Polsce. Wychodząc z zapatrywania się, że ludzkość wogóle w dziecięctwie swojem jest skłonną wierzyć w istoty nadziemskie, wskazuje na to, że i Polacy odróżniali ducha dobrego od złego a w ten sposób wykonawstwo medycyny połączyło się mimowolnie z pewnymi obrządkami pobożnymi. Z wprowadzeniem prawa magdeburskiego przyjął się i zwyczaj prześladowania czarownic oraz czarnoksiężników; jednak prześladowanie ich nie doszło do tego stopnia, co w Niemczech; to też jedna z pierwszych kobiet, oskarżonych o czary, Małgorzata Bilkowska w roku 1501, broniła się przed kapitułą poznańską i została uniewinnioną. Wszakże łagodnym dla nich był statut Wiślicki ogłoszony w r. 1347. a obowiązujący aż do r. 1776. a bulla papieża Innocentego VIII. z r. 1484. polecająca najsurowsze prześladowanie czarownic, nie miała w Polsce szczególnego wpływu, gdyż sprawy te w XV. i XVI. wieku należą u nas do rzadkości a nawet zakon Dominikanów, tak gorliwy w prześladowaniu czarownic, zachowywał się u nas dosyć biernie.

U nas wszystko od śledztwa, aż do sądu i tortur szło trybem niemieckim od czasu wprowadzenia sądu magdeburskiego. Nie mało przyczynił się do nadania znaczenia donioślejszego sprawom o czary przekład polski tak zwanego *Młota czarodziejskiego* przez Stanisława Ząbkowicza, sekretarza księcia Janusza Ostrogskiego, dokonany w Krakowie w roku 1614. Następuje zestawienie procesów wytoczonych czarownicom, począwszy od pierwszej Małgorzaty Bilkowskiej aż do ostatniej, w której procesie jeszcze w r. 1761 stósowano męczarnie. Teraz dopiero na stronicy 80. autor pisze o opiece nad obłąkanymi w Polsce; mówiąc o szpitalach, które powstały w dawnej Polsce, podnosi zasługi zakonów a mianowicie najpierw Benedyktynów oraz Braciszków św. Jana Jerozolimskiego, późniejszych Maltańczyków, za których staraniem powstał szpital św. Michała w Poznaniu w r. 1170. przez Mieczysława Starego założony; dalej kanoników de Saxia Sancti Spiritus, którzy założyli w roku 1203. szpital w Sławkowie, później przeniesiony do Krakowa, w roku 1282. w Sandomierzu, w r. 1283. w Kielcach, 1374. w Rawie, 1442. w Warszawie, 1289 ponownie w Sławkowie i w wielu innych miejscach.

Z powodu pomnożenia się liczby ubogich wskutek często panujących zaraz, wojen i głodu, państwo widziało się zmuszonem wydać przepisy przeciw włóczęgom, którzy niepokoili kraj żebraniną, kradzieżą i rozbojem. Wszystkie zakłady dobroczynne pozostawały pod wyłącznym sterem duchowieństwa świeckiego i zakonnego aż do r. 1775., w którym król Stanisław August utworzył Radę stałą, pod którą przeszły zakłady dobroczynne. Pomiędzy wieloma zakonami przybyłymi do Polski w różnych czasach znajdowali się i Bracia miłosierdzia (Bonifratelli, Bonifratrzy), którzy szczególne położyli zasługi koło pielęgnowania chorych. Sprowadzeni w roku 1609. do Krakowa, otrzymali od miasta kościół i szpital przy ulicy świętojańskiej a podupadłym z biegiem czasu w r. 1812. książe warszawski a król saski, Fryderyk August oddał nowe budynki na przedmieściu Kazimierzu, gdzie ich zakład istnieje po dziś dzień. Z Krakowa rozeszli się po całej Polsce i zakładali szpitale, w których przyjmowano i obłąkanych. W ogóle los obłąkanych doznał znacznego polepszenia od czasu zajęcia się nimi Bonifratrów u nas: zaczęto ich uważać za istotnie chorych i traktować ich bardziej po ludzku. Szpital św. Jana Bożego w Warszawie, istniejący do dziśdnia, mieści 200 chorych, mężczyzn i 100 kobiet wyłącznie chorych na umyśle. Drugim szpitalem w Warszawie jest szpital Dzieciątka Jezus, założony w roku 1754., który ma i oddział dla obłąkanych, a oddział chorych na umyśle kobiet, w nim mieszczący się, został założony w chwili otwarcia nowego zakładu w Tworkach. Gmina żydowska w Warszawie posiada od r. 1835 w szpitalu swym ogólnym oddział dla obłąkanych, w którym znajduje pomieszczenie średnio po 25 mężczyzn i tyleż kobiet. Nadto przy areszcie policyjnym miejskim istnieje tak zwany oddział dla obłąkanych, w którym pomieścić się może do 15 umysłowo chorych. Następnie posiada Warszawa zakład prywatny, założony przez ś. p. Dra Chomętowskiego, pozostający obecnie pod kierunkiem lekarskim Dr. Taczanowskiego na 15 chorych; dla chorych wojskowych istnieje w szpitalu Ujazdowskim oddział psychiatryczny na 75 osób. Poza Warszawą istnieje dom przytułku w Górze w Kalwaryi, w którym mieścić się może do 50 osób obojej płci; w Lublinie w szpitalu Bonifratrów jest miejsce dla 30 chorych; w szpitalu zaś Sióstr Miłosierdzia tamże na 20 obłąkanych kobiet; wreszcie w szpitalach prowincyonalnych, których jest w Królestwie 70, rocznie znajduje przytułek około 109 chorych na umyśle. Wreszcie w r. 1891 otworzono szpital w Tworkach; zakład ten przeznaczony jest na 420 chorych płci obojej; zbudowany według systemu pawilonowego posiada wszystko, czem dzisiejsza technika szpitalna rozporządza, kuchnia i pralnią parowa, oświetlenie elektryczne, wodociąg i t. d. Dla nieuleczalnych przeznaczoną jest kolonia mogąca pomieścić 101 a 319 uleczalnych znajduje się w zakładzie zamkniętym. Zakład ten przeznaczony jest dla chorych na umyśle z całego Królestwa, podczas gdy szpital św. Jana Bożego pozostaj dla stałych mieszkańców Warszawy. Pomimo atoli otwarcia zakładu w Tworkach potrzebie kraju nie uczyniono zadość. Na podstawie wzoru zestawionego przez doktora Krassowskiego względem powiatu Lipnowskiego w gubernii Płockiej autor oblicza w przybliżeniu na $8^1/_2$ mil. mieszkańców. które podług ostatnich wykazów liczy Królestwo, liczbę obłąkanych na 5697. (W Galicyi podług obliczenia z roku 1875 przypada 1 chory na 2489, w Czechach 1 : 2000); ze względu jednak na stosunek o wiele wyższy, zachodzący w niektórych powiatach Królestwa, jak n. p. w Warszawie i w Łodzi, można przypuścić, że w Królestwie przypada 1 : 1000, czyli że na $8^1/_2$ miliona jest 8500 chorych na umyśle. Na tę liczbę można pomieścić wszystkiego tylko 795 chorych, czyli że przypada 1 miejsce na 10828 mieszkańców. Nie lepsze są stosunki w Galicyi i w Poznańskiem. W Krakowie istnieje w szpitalu św. Łazarza nowo wybudowany oddział dla obłąkanych na 85 chorych, który może pomieścić 120 chorych. Dodajmy, że wskutek inicyatywy Wydziału lekarskiego jest w toku wybudowanie i urządzenie kliniki psychiatrycznej i utworzenie pierwszej katedry psychiatryi w Krakowie. W Kulparkowie pod Lwowem istnieje zakład krajowy, przeznaczony dla 520 chorych a oprócz tego 2 zakłady prywatne: w Krakowie Dra Żuławskiego na 8 chorych a we Lwowie Dra Dobińskiego na tyluż chorych. W Poznańskiem zaś zakład prywatny Dra Karczewskiego przeznaczony dla 30 chorych.

W rozdziale pod napisem *Czasy najnowsze* znajdujemy dokładny spis nowszych prac psychiatrycznych, ogłoszonych, przez lekarzy Polaków. Dzieli je autor na dwa działy: przygodne i na takie, które na psychiatryą polską wywarły pewien wpływ donioślejszy; spis ten opiera się na słowniku Dra Kośmińskiego. W dziale pierwszym mieszczą się nazwiska 42 lekarzy z wymienieniem ich prac. W dziale drugim podanych jest porządkiem abecadłowym 51 lekarzy.

Oto treść dokładna pracy Dra Rothego, pracy pod każdym względem starannej, zasługującej na uznanie, jako pierwszej w tym przedmiocie; żeby zaś ocena nie była prostą parafrazą, obejść się nie może bez wytknięcia strony ujemnej. Jako taką uważałbym jedynie obszerne traktowanie spraw czarownic i czarowników, które zbyt wiele miejsca zajmuje w książce, jakkolwiek przyznać należy, że nie kosztem psychiatryi; wypełnia ono tylko lukę, pozostawioną przez brak przedmiotu samego, który w Polsce właściwie leżał odłogiem, tak jak w ogóle w całym świecie od niedawna dopiero jest uprawiany. W rzeczywistości trudno historyę obłąkania traktować z pominięciem przesądów, które przez długie czasy rozwielmożniły się z braku poglądów trzeźwiejszych na kwestye czysto naukowe, a jeżeli *Rys dziejów psychiatryi w Polsce* okazuje się nie bardzo obfitym w stronę czysto naukową, to temu winna sprawa sama, to jest brak umiejętnego traktowania chorób umysłowych przez szkoły i lekarzy, oraz brak odpowiednich dla pielęgnowania i leczenia chorych na umyśle zakładów. W każdym razie atoli szanowny autor położył wielką zasługę, że w sprawie tej początkował i dał późniejszym pracownikom możność oparcia się na jego pracy i dalszego rozwinięcia rzeczy; powiemy nawet więcej, że prawdziwą zasługą jego jest, iż się zabrał do opracowania historyi psychiatryi w Polsce, o której niejeden nie zdołałby prawie nic napisać a przynajmniej odstraszyłby się próżnią, w którą byłby zmuszony zajrzeć, gdy szanowny autor sięgnął do wszystkich przystępnych sobie źródeł i z wielką pracowitością przedstawił nam zasługi niektórych dawniejszych pracowników, mało dotąd komu znanych, a jeżeli dzięki jego pracowitości stanęły przed nami wizerunki Johnstona i Perzyny w obrazach wiernych obok wielu innych, którzy w porze mglistej pracowali na tej niwie, to już poczuwamy się do wdzięczności, że uratował od zapomnienia lekarzy zasłużonych i światłych, oddawszy hołd ich skromnej, ale doniosłej zasłudze.

Prof. Dr Leon Halban.

Choroby nerwowe.

Eulenburg: O erytromelalgii.

Nazwy powyższej użył pierwszy Weir Mitchel na oznaczenie cierpienia cechującego się bólami i mocnem zaczerwienieniem kończyn. (ἐρυθρός = czerwony, μέλος = członek, ἄλγος = ból). Lannois nazwał chorobę tę porażeniem naczynioruchowem kończyn, chcąc przez to z góry oznaczyć jej patogenezę. Liczba przypadków dotąd zebranych jest jeszcze dość skąpa i dla tego ani etyologii, ani zmian anatomicznych i przebiegu klinicznego należycie nie opracowano. Eulenburg uważa erytromelalgię nie za samoistną chorobę, lecz za objaw a raczej zbiór objawów pochodzenia ośrodkowego. Twierdzenie swoje popiera E. dokładnym opisem trzech przypadków, w których objawy erytromelalgii towarzyszyły innym, ciężkim zboczeniom natury nerwowej. Z objawów i przebiegu choroby w tych przypadkach, których historye choroby jakkolwiek nader ciekawe, trudno tu przytoczyć, wysnuwa E. następujące wnioski: Przypuszczenie Lannoisa, że osoby narażone na działanie niskiej ciepłoty ulegają chorobie, o której mowa, nie jest słuszne. Przypusz-

czenie to trudno nawet pogodzić z tą okolicznością, że chłód łagodzi objawy erytromelalgii, której przebieg w czasie zimy jest znacznie łagodniejszy, niż w porze letniej. W wszystkich 3 przypadkach Eulenburga cierpieniem nawiedzone były osoby z usposobieniem wybitnie newropatycznem. Uwagi godną jest okoliczność, że dwa przypadki erytromelalgii tyczyły się osób zajmujących się natężającą pracą ręczną (krawieczyzną), a w jednym przypadku, u kobiety, u której cierpienie występywało tylko w rękach, roboty ręczne wywoływały zazwyczaj napady zaostrzania się choroby. Że jednak nie sama praca ręczna jest przyczyną tego cierpienia, wynika już z tego, iż bóle i zaczerwienienie występują symetrycznie po obu stronach i to nie tylko w rękach, ale zazwyczaj i to mocniej w kończynach dolnych.

Nie ulega prawie wątpliwości, że erytromelalgia jest n e r w i c ą czuciową (bóle) i naczynioruchową (zaczerwienienie, obrzęk, podwyższenie ciepłoty) a nierzadko też wydzielniczą (poty) i troficzną, (obrzmienie stawów, przerost skóry). Niektóre oznaki przemawiają za natura centralną tej nerwicy.

Erytromelalgia należy zdaniem E. do tej grupy stanów chorobowych, które obejmując symetrycznie kończyny, przebiegając chronicznie, mają swą siedzibę głównie w tylnych i bocznych częściach substancyi szarej rdzenia pacierzowego i rozszerzają się ztąd i na sąsiednie części rdzenia. Tu należą prócz choroby, o której właśnie mowa: syryngomyelia, choroba Morvana i t. zw. choroba Raynauda (asfiksya i zgorzel symetryczna). (*Deutsche med. Wochenschrift. 1893. Nr. 50*). *Beck.*

Choroby wewnętrzne.

Senator: **O przerostowej i zanikowej marskości wątroby.**

Nauka o marskości wątroby *(cirrhosis hepatis)* stała się w najnowszych czasach przedmiotem ożywionych dyskusyj bez doprowadzenia wszakże do zgodności poglądów.

Już Laennec (1819) oddzielił marskość od innych chorób wątroby, uważając wszakże znajdywane w niej guzy na powierzchni, czy na przecięciu za nowotwory, w których natomiast Boulland i Andrall (1827) dopatrywali się bujania tkanki gruczołowej. Bright, tłómacząc powstanie puchliny brzusznej (*ascites*) na tle zatkania się żyły wrotnej i jej rozgałęzień w wątrobie, dodaje oraz, że organ ten pozostaje niekiedy stale powiększony i już w zanik nie przechodzi.

Po bliższem zapoznaniu się z histologią tego gruczołu, ustaliło się przekonanie, że pod nazwą *cirrhosis hepatis* należy rozumieć przewlekłe, międzymiąższowe zapalenie tkanki łącznej, poczynające się od jej bujania w torebce Glissona a przechodzące w dalszym ciągu wzdłuż rozgałęzień żyły wrotnej w miąższ wątroby, który też pod wpływem jej ucisku zanika i ściągając się bliznowato, wywołuje zmniejszenie się tego gruczołu i guzowatości na jego powierzchni. Towarzyszące objawy, jak puchlina brzucha, obrzęk śledziony i rozszerzenie żył, tłómaczono zastojem w zakresie żyły wrotnej.

W ciągu ostatnich lat dały się słyszeć wszakże zdania, sprzeczne z dotychczasowym poglądem a to na podstawie obserwacyj, tyczących się stałego powiększania a przynajmniej nie zmniejszania się wątroby, występowania marskości z żółtaczką, której zwykle brak w formie opisanej przez Laenneca, wreszcie przypadków bez puchliny brzusznej i t. d. i przyjęto dla wytłómaczenia takich stanów, że istnieją dwa rodzaje przewlekłego zapalenia wątroby, t. j. jeden ze zanikiem ziarnistym (*Granularatrophie*) Laenneca, drugi zaś z powiększeniem wątroby, najczęściej bez następowego ściągania się (*Schrumpfung)*, i bez puchliny, ale z żółtaczką. Wnet potem jednak Olivier, Lendel, Hayem, Cornil i Hanot poczęli opisywać przypadki powiększenia się wątroby, utrzymującego się aż do śmierci z żółtaczką a bez puchliny, lub też powstającego na tle przewlekłego zatrucia wyskokiem bez żółtaczki i puchliny lub też z niemi.

Wreszcie Charcot i Gombault (1876) wypowiedzieli stanowczo zdanie, że istnieją trzy formy zapalenia wątroby wśródmiąższowego (*hepatitis interstitialis*, *cirrhosis hepatis*) a to:

I) forma Laenneca z zanikiem.

II) *Cirrhosis biliaris*, wychodząca z układu naczyń żółciowych a dająca się również wywołać sztucznie przez podwiązanie przewodu żółciowego wspólnego, klinicznie zaś występująca z przerostem i żółtaczką, wobec niedrożności przewodu wątrobowego lub żółciowego wspólnego.

III) Powiększenie się wątroby w kile dziedzicznej.

Pierwsza z tych form polega wedle Charcota i Gambaulta na rozwoju tkanki łącznej, głównie od żyły wrotnej i jej rozgałęzień, obejmuje pierścieniowato zraziki z osobna lub całą ich grupę od obwodu tak, że zachowują one swą postać, nie wciska się natomiast pomiędzy komórki, z których też zanikają tylko wciśnięte od obwodu. Jest to zatem forma pierścieniowata wielozrazikowa i pozazrazikowa (*annularis multi- et extralobularis)*.

W marskości żółciowej (*biliaris*) buja tkanka łączna poczynając od naczyń żółciowych, otacza każdy zrazik z osobna, wnikając między jego komórki, które uciska i od innych rozdziela tak, że zmienia postać zrazika. Formę tę można oznaczyć jako wysepkowatą, jednozrazikową i wśródzrazikową.

W postaci tej wątroba jest gładka, stale powiększona aż do śmierci, przyczem można widzieć żółtaczkę i obrzmienie śledziony, brak natomiast puchliny i jakichkolwiek oznak w zakresie żyły wrotnej.

Podział powyższy Charcota okazał się w wielu przypadkach niedostatecznym tak, że musiano wnet przyjąć formę pośrednią, jako tak zwaną: *cirrhose mixte* a następnie uznano też ogólnie istnienie zapalenia wątroby wśródmiąższowego (*hepatitis interstitialis chron.*) nie przypadającego do żadnej z postaci Charcota i przyjęto w myśl Ackermanna (1880) podział na marskość wątroby przerostową i zanikową.

Na pytanie, czy jest zasadnicza różnica, podział ten usprawiedliwiająca, trudno odpowiedzieć ze stanowiska czysto anatomicznego, zważywszy, z jak wielu przyczyn tkanka łączna wśródmiąższowa wątroby może popaść w zapalenie przewlekłe. Raz bowiem może wyjść bodziec zapalny od żyły wrotnej, jak w zatruciu wyskokiem, to znów od dróg żółciowych, czy to przez sam zastój żółci, czy też za równoczesnym udziałem drobnoustrojów; mogą też pośrednio dać powód do marskości wątroby wady serca i rozedma, wreszcie zapalenie tkanki łącznej międzykomórkowej w wątrobie może być tylko dalszym ciągiem przewlekłego zapalenia otrzewny wątrobowej, jak to nierzadko zdarza się w przewlekłem zapaleniu gruźliczem otrzewny. Często też jeden i ten sam wpływ szkodliwy, jak n. p. wyskok, działa równocześnie na rozmaite narządy tak, że przychodzi ztąd do kombinacyi marskości wątroby z zastojem w wielkiem krążeniu, z nieżytem żołądka i jelit, z przewlekłem zapaleniem otrzewny i t. p.

Są wreszcie znane przypadki, odpowiadające tak z przebiegu, jak i z oględzin pośmiertnych Charcotowskiej marskości wątroby z żółtaczką (*cirrhosis hep. cum ictero)* a z nich okazuje się, że w owej formie Charcotowskiej odgrywa główną rolę międzyzrazikowe (*intralobul.*) bujanie tkanki łącznej i to już wcześniej i we większych rozmiarach, niż w innych rodzajach marskości i że dalej komórki wątroby z początku i na szczycie choroby pozostają mniej więcej utrzymane a zanikają dopiero w dalszym przebiegu współcześnie z zastojem żółci i ciężkiemi zmianami we krwi.

Od typowej postaci klinicznej przewlekłego zapalenia wątroby śródmiąższowego (*hepatitis interstitialis chron.*) zbaczają przypadki najczęściej co do wielkości wątroby, co do obecności lub braku obrzęku śledziony, żółtaczki i puchliny, jak oraz i innych objawów zastoju w zakresie żyły wrotnej.

Zmiana wielkości wątroby zależy z jednej strony od ilości i natury nowoutworzonej tkanki łącznej, z drugiej strony od zachowania się miąższu wątroby. Gdy bowiem tkanka łączna okazuje skłonność ku bliznowatemu ściąganiu się a komórki wątroby giną przytem w znacznej ilości, to oczywiście przychodzi do pomniejszenia się tego narządu. Jedno i drugie bywa w typowej postaci Laenneca, tak zwanej czę-

ściowej marskości (*cirrhosis partialis*), podczas gdy przeciwnie ma się rzecz w opisanej głównie przez Hanota marskości z przerostem i żółtaczką, gdzie komórki wątrobowe pozostają prawie zupełnie utrzymane a nowo powstała tkanka łączna nie ściąga się, wreszcie i naczynia włosowate pomiędzy zrazikami nietylko nie zanikają, jak w formie poprzedniej, ale owszem nawet znacznie rozszerzają się, ułatwiając krążenie żylne w organie.

Stósunki powyższe nie występują zresztą równo we wszystkich przypadkach a mniejszy lub większy zanik komórek wątrobowych i naciek tłuszczowy, zwyrodnienie skrobiowate i t. p. wpływają również na wielkość wątroby, wytwarzając formy pośrednie, odpowiadające opisanej przez Francuzów *cirrhose mixte*.

Występowanie żółtaczki zależy raz od czynności komórek żółć wytwarzających, to znów od warunków odpływu żółci. W razie utrudnienia jego potrzeba wszakże nadto do wytworzenia żółtaczki, by limfa wątroby mogła się wlewać swobodnie do krwi. Wykazano bowiem, że nawet w zupełnem zamknięciu przewodów żółciowych wcale nie przychodzi do żółtaczki, dopóki jest utrudnione przejście limfy z wątroby do krwi, n. p. przez podwiązanie przewodu piersiowego (*ductus thoracicus*).

W formie Laenneca marskości wątroby wcale niema korzystnych okoliczności do powstania żółtaczki; raz dlatego, że znaczna część komórek wątrobowych już wcześnie ginie z powodu utrudnienia obiegu krwi w zakresie żyły wrotnej a ztąd i mniej żółci wytwarza; powtóre, że odpływ żółci nie jest utrudniony, gdyż większe przewody żółciowe nie przestają być drożne a ściśnięcie najdrobniejszych przez bujającą tkankę łączną równoważy się przez tworzenie się nowych; wreszcie drobne naczynia limfatyczne, oplatające w wątrobie żyłę wrotną, uciśnione przez tkankę łączną, stają się niedrożne, skutkiem czego i dostanie się żółci do krwi jest utrudnione lub nawet zupełnie powstrzymane.

W formie Hanota (*cirrhosis hypertrophica cum ictero*) nie giną komórki wątrobowe, owszem ulegają nawet przerostowi; mogą zatem wytwarzać żółci więcej, niż w stanie prawidłowym, ta zaś skąpo odpływa, jak można o tem sądzić z odbarwienia stolców, czego przyczyna tkwi prawdopodobnie w przewodach żółciowych średniego kalibru, które stanowią przeważnie punkt wyjścia dla tworzenia się tkanki łącznej i przez nią są też uciśnione (*angio- et periangiocholitis*). Gdy nadto o uciśnieniu naczyń limfatycznych mowy tu niema, to zatrzymująca się żółć tem łatwiej bez przeszkody może przechodzić do krwi.

Puchlina brzuszna (*ascites*) i rozszerzenie żył na skórze brzucha i w przewodzie pokarmowym są następstwem zastoju w żyle wrotnej; niemniej też ważny wzgląd stanowi tu zgrubienie i skrócenie krezki (*mesenterium*) a następowo i jelit wskutek zapalenia około naczyń i tworzenia się tkanki łącznej około dwóch głównych gałęzi żyły wrotnej, t. j. żyły krezkowej górnej i dolnej. Tego rodzaju *periphlebitis mesenterica chronica* powstaje skutkiem podrażnienia, zwłaszcza wyskokiem, którego działanie na tychże żyłach najmocniej się odbija. Zmiana ta, przez Brihgta opisana, tłómaczy puchlinę i ciężkie zboczenia w trawieniu, które w *cirrhosis partialis* Laenneca są na porządku dziennym, których zaś w innych formach brakuje. Zastój w pniu żyły wrotnej odbija się również na żyle śledziennej a dalej i na żyłach żołądka, gdzie jednak samodzielnie zmian równie wybitnych nie sprowadza.

Obrzęku śledziony nie można dotąd wytłómaczyć w sposób dostateczny. Wspomniany co właśnie zastój w zakresie żyły śledziennej sam przez się nie wystarcza, gdyż obrzęk śledziony daje się wykazać już dość wcześnie i wyraźnie w czasie, gdy objawy zastoju w zakresie żyły wrotnej wcale jeszcze nie występują lub występują tylko w niskim stopniu a utrzymują się, chociaż nawet one ustąpiły. Należy przypuścić, że inne przyczyny na wątrobę działające, jak przewlekłe zatrucie wyskokiem, kiła, zimnica, zwyrodnienie skrobiowate wpływają również i na śledzionę, wywołując rozrost (*hyperplasia*) jej tkanek.

Jeśli się wreszcie do powyższych wywodów doda, że wiele cierpień, jak zapalenie przewlekłe otrzewny, zastój w zakresie żyły głównej dolnej (*vena cava inf.*), zwyrodnienia skrobiowate mogą wikłać i potęgować właściwą chorobę wątroby, to nie wyda się dziwnem, jak zmienny obraz chorobowy może przedstawiać przewlekłe zapalenie wątroby śródmiąższowe, co zresztą nie przeszkadza bynajmniej szeregować równoczesnych przypadków tego schorzenia w pewne typy i podporządkowywać im inne o przebiegu nie tak typowym.

Senator przyjmuje zatem trzy charakterystyczne formy:

I. Zanik ziarnkowy (*Granularatrophie*) Laenneca ze zmniejszeniem się wątroby, powiększeniem śledziony, brakiem żółtaczki, ciemnem zabarwieniem (nieznanymi barwikami) moczu skąpo zresztą wydzielanego, z puchliną brzuszną i rozszerzeniem żył ściany brzucha i przewodu pokarmowego przyczem bujanie tkanki łącznej poczyna się około żyły wrotnej, względnie od torebki Glissona.

Przyczyną choroby bywa tu najczęściej zakażenie wyskokowe.

II. *Cirrhosis biliaris* z następowym zanikiem, występująca po długiem zamknięciu wielkich przewodów żółciowych, z początkowem zwiększeniem się wątroby a jej zmniejszeniem się pod koniec choroby, z zupełnem odbarwieniem stolców, bez obrzęku śledziony i bez objawów zastoju żylnego.

Początkowe powiększenie się wątroby polega na nagromadzaniu się żółci przy równoczesnem, ciągłem jej wytwarzaniu się, następne zmniejszenie ma swoją podstawę w zanikaniu komórek wątrobowych i tworzeniu się tkanki łącznej naokoło przewodów żółciowych z dążnością do ściągania się.

III. Marskość z przerostem (*cirrhosis hypertrophica*) Hanota z żółtaczką, powiększeniem się wątroby i śledziony, z małem a zmiennem odbarwieniem stolców, dość obfitem wydzielaniem się moczu, zawierającego bilirubinę, bez puchliny brzusznej i bez zastoju żylnego.

Forma ta jest najrzadszą, spotyka się najczęściej u mężczyzn, u których niekiedy było równocześnie zatrucie wyskokowe, kiła lub zimnica.

Występuje zrazu pod formą żółtaczki zwykłej (*icterus simplex*), od której różni się obrzękiem śledziony. Można też istotnie przypuścić zrazu żółtaczkę nieżytową (*icterus catarrhalis*), ze swoistego (zakaźnego?) podrażnienia, które w dalszym ciągu rozszerza się i na przewody żółciowe; obrzęk śledziony możnaby w tym razie uważać za objaw tego przewlekłego zakażenia.

Jest to postać dobrotliwsza od *cirrhosis partialis*, przebiega powolniej z okresami polepszenia i pogorszenia na przemian, trwa od 2 do 15 lat a nawet i dłużej; wątpliwem jest stałe wyzdrowienie, śmierć zaś następuje przez wyniszczające krwotoki i uwiąd, lub też przez dołączenie się zapalenia otrzewnej, którego punktem wyjścia jest niemal zawsze zapalenie otrzewnej naokoło wątroby.

Dwie ostatnie formy, przez Charcota i Gambaulta wzięte za jedno, różnią się już tem, że w *cirrhosis hepatis biliaris* komórki wątrobowe stósunkowo wcześnie i w większym stopniu giną, gdy w formie Hanota utrzymują się. W pierwszej są przewody żółciowe aż do najdrobniejszych rozgałęzień rozszerzone, czego niema w drugiej. Dalej zachowanie się śledziony stanowi ważną różnicę, jak wreszcie i sama etyologia. Postać druga powstająca przez długotrwały, znaczny zastój, występuje szczególniej u kobiet a to głównie ze względu na ich usposobienie do kamieni żółciowych; zastoje wywołane przez guzy albo nie są tak znaczne albo nie trwają tak długo, gdyż śmierć przychodzi wcześniej. Forma trzecia występuje natomiast częściej u mężczyzn z przyczyn zresztą bliżej nieznanych.

Jako formy podrzędne. można zaliczyć pod I. przypadki o tyle tylko od niej różne, że wątroba nie jest zmniejszona, ale owszem powiększona i z czasem dopiero przechodzi w zanik, niemniej jak i przypadki, w których przecież może występować i żółtaczka, mogąca jednak pojawiać się jako

tylko przypadkowe powikłanie z nieżytem dwunastnicy, jak to się zwłaszcza zdarza u nałogowych pijaków.

Od formy drugiej odstępują przypadki, w których znachodzi się obrzęk śledziony. Zwykle dotyczą one kobiet, które cierpiały na kolkę żółciową lub u których wogóle zachodzi mechaniczna przeszkoda w odpływie żółci do jelit; obrzęk śledziony nie jest wytłómaczony.

Przypadki te w czasie, gdy wątroba jest powiększona a przynajmniej jeszcze nie pomniejszona, mają wiele podobieństwa do trzeciej formy.

Nie jest też rzeczą jasną, czy zostają one w jakim z sobą związku i czy jedna forma nie stanowi przejścia do drugiej.

Wreszcie mogą zajść rozmaite kombinacye poszczególnych form, stósownie do zejścia się w jednem indywiduum kilku naraz działających przyczyn. Tak n. p. pijak może mieć kamienie żółciowe.

W każdym razie najjaśniejszym wydaje się podział następujący:

I. Zanik ziarnkowy wątroby (Laennec).
I. a) *Cirrhosis hepatis partialis cum hypertrophia.*
I. b) *Cirrhosis hepatis partialis cum ictero.*
II. *Cirrhosis biliaris subsqu. atrophia.*
II. b) *Cirrhosis biliaris cum tumore lienis.*
III. *Cirrhosis hepatis hypertrophica* (Hanot) *cum ictero.*

Rokowanie jest we wszystkich przypadkach ze względu na wyleczenie niekorzystne, chyba z wyjątkiem tych, w których rozchodzi się o kamienie żółciowe lub inne jakie, dające się usunąć przeszkody w przewodzie żółciowym wspólnym lub wątrobowym. Wogóle rokowanie jest tam najniekorzystniejsze, gdzie wątroba najmniejsza, dalej niekorzystniejsze są przypadki z obrzękiem śledziony, niż bez niego.

Co do leczenia, to w formie Laenneca, aczkolwiek nieuleczne, przecież można wpływać korzystnie przez usunięcie wszelkich szkodliwości (alkoholu) a ścisłe zastósowanie niedrażniącej a więc mlecznej dyety, wedle Semmoli i Lancereaux nadto w połączeniu z jodkiem potasu. Prócz tego zaleca Senator wczesne nakłucia w puchlinie brzusznej, ulżenie jelitom przez podniesienie dyurezy (za pomocą kalomelu i naparstnicy po 0·10 trzy razy dziennie z dłuższą pauzą po 10 dawkach); w *forma biliaris* stósuje chętnie wlewania wysokie litra oliwy z wodą mydlaną albo rozczynów salicylanu sodowego (1—2 na 500) lub bedźwinianu sodowego (*natrium benzoicum* 2—4 na 500), mięsienie wątroby i od czasu do czasu leki żółciopędne (*cholagoga* kalomel, podofilina i t. d.), wreszcie uważa za wskazane dla ułatwienia odpływu żółci ciepłe, długie kąpiele, kuracyę karlsbadzką i odpowiednią dyetę. (*Berl. klin. Wochschr. 1893. Nr. 51*).

Dr. Leopold Kosiński.

Körner: (w Halli) **O kserostomii.**

Pod tą nazwą rozumie się stan jamy ustnej polegający na zupełnej suchości błony śluzowej z powodu niewydzielania się śliny z gruczołów podszczękowych, podjęzykowych, przyusznych, jak również ustania wydzieliny gruczołków śluzowych. Przypadki tego rodzaju nie są zbyt częste a przyczyna ich rozmaita. Samodzielnie pojawia się kserostomia po nadzwyczajnych wstrząśnieniach psychicznych, obrażeniach gwałtownych ciała. Jako zaś objaw towarzyszący innym chorobom, bywa przy zmianach w nerkach, w moczówce cukrowej i cholerze. K. dzieli przyczyny kserostomii na podstawie jednego przypadku własnego i kilku z literatury zebranych na 3 grupy. Pierwszą stanowią zmiany w unerwieniu i to, albo w organach ośrodkowych, albo obwodowych. Do drugiej grupy zalicza przyczyny tkwiące po za gruczołami a więc choroby, w których zmniejsza się ilość płynu w całym ustroju. Trzecią grupę stanowią choroby samych ślinianek. Rokowanie w przeważnej liczbie jest złe. Co do leczenia, używano pomazywań gliceryną z jodkiem potasu, co jednak tylko chwilową przynosi ulgę w kserostomii pierwotnej. (*Verhandlungen der deutschen odontologischen Gesellschaft V. Heft 3. 1893.*) *Dr. W. Łepkowski.*

Bakteryologia.

Ledoux, Lebard: (w Paryżu) **Działanie światła na laseczniki błonicy.**

Dowiedziono już, że światło słoneczne wywiera wpływ niekorzystny na rozwój i własności drobnoustrojów; ztąd więc też słusznie uważane jest za potężny czynnik zapobiegawczy w chorobach zakaźnych. Autor przeprowadził szereg doświadczeń w celu zbadania, jak zachowują się hodowle laseczników błoniczych (dyfterycznych), wystawione na działanie światła słonecznego. Działanie to badał on w 3 postaciach: 1° w postaci światła rozproszonego (zwykłe światło dzienne), 2° w postaci promieni słonecznych, 3° jako promienie rozłożonego widma słonecznego. Doświadczenia polegały na poddawaniu działaniu jednego z wymienionych rodzajów światła hodowli w bulionie lub w wodzie przekroplonej w temperaturze zwykłej lub w termostacie. W celu rozłożenia widma słonecznego przepuszczał autor promienie przez jedno z dwóch cienkich naczyń szklanych: jedno z nich, zawierające rozczyn dwuchromanu potasowego pochłaniało wszystkie promienie z wyjątkiem czerwonych, żółtych i części zielonych, drugie zaś z rozczynem siarkanu miedziowego przepuszczało tylko promienie niebieskie, fiołkowe i pozafiołkowe. Wyniki, do jakich doszedł autor, są następujące:

Działanie światła rozproszonego nie przeszkadza rozwojowi hodowli błonicy zarówno w temperaturze zwykłej, jak i termostatowej w bulionie, lecz wpływa szkodliwie na hodowle w wodzie przekroplonej, zabija zaś laseczniki. rozprowadzone w cienkiej warstwie na szkiełku. Światło słoneczne działające wprost powstrzymuje rozwój hodowli a nawet w ciągu kilku dni wyjaławia bulion zawierający te hodowle. To bakteryobójcze działanie światła zależy prawie wyłącznie od promieni widma najbardziej załamujących (fiołkowych); słabo załamujące promienie nie okazują żadnego wpływu lub bardzo mały. Inaczej zupełnie zachowują się laseczniki w błonach dyfterycznych, w których utrzymują swe własności chorobotwórcze i zdolność życiową bardzo długo pomimo działania światła słonecznego. (*Archives de méd. experim. et d'anatom. patholog. T. V, Nr. 6.*) *Dr. Kryński.*

Choroby zakaźne.

N. Ketscher: (w Petersburgu). **O odporności przeciw cholerze.**

Nie tylko surowica krwi, na której własnościach oparty jest nowy kierunek rozwijającej się nauki o uodpornianiu ustroju przeciw chorobom zakaźnym, lecz i inne płyny zarówno fizyologiczne (mocz, mleko), jak i chorobowe (wysięki, ropa) zdaje się, że posiadają podobne własności immunizacyjne. Co się tyczy mleka, to pierwszy Ehrlich wykazał takie jego działanie po zaszczepieniu zwierzętom różnych fermentów roślinnych lub wytworów drobnoustrojowych. Podobne doświadczenia z mlekiem wykonał autor według następującego planu co do zarazka cholerycznego.

Dwie kozy karmiące uodpornił przeciw cholerze za pomocą szeregu wstrzyknięć podskórnych, otrzewnowych i śródżylnych bardzo mocnych hodowli laseczników cholerycznych. Uodporniwszy je w ten sposób, zbierał ich mleko z zachowaniem ostrożności przeciwgnilnych do wyjałowionych naczyniek, zkąd za pomocą strzykawki wprowadzał do jamy otrzewny świnek morskich w ilości 1—10 cm. sześć. W 24 godzin potem zwierzętom tym wstrzykiwał ilości śmiertelne hodowli cholerycznych; pomimo to świnki pozostawały przy życiu, gdy wszystkie zwierzęta kontrolujące, którym zadano równą dawkę zarazka bez poprzedniego wstrzyknięcia mleka koziego, ginęły w ciągu 6—10 godzin po zaszczepieniu. Doświadczenia odwrotne t. j. co do siły leczniczej mleka, wstrzykniętego po zaszczepieniu dały wyniki dodatnie, lecz w okresie czasu ściśle ograniczonym od chwili zaszczepienia zarazka. Zastąpienie wstrzykiwań śródotrzewnowych mleka przez karmienie niem świnek morskich, pozostało bez skutku.

Wyniki swe zestawia autor w sposób następujący: Mleko kóz szczepionych cholerą posiada własności uodporniające, przyczem odporność ta objawia się bezpośrednio po wprowadzeniu tego płynu do ustroju.

Nie udaje się wywołanie odporności przez narząd pokarmowy.

Działanie lecznicze mleka może być skuteczne tylko w razie zastósowania go w przeciągu bardzo krótkiego czasu po zakażeniu, najwięcej w godzinę t. j. podczas okresu wylęgania.

Zagotowanie niszczy działanie ochraniające mleka, ciepłota 70°C osłabia je znacznie.

Serwatka ma własności zupełnie takie same, jak i samo mleko; właściwie zaś zawarte są one w substancyach, które można wydzielić za pomocą wyskoku. Mleko nie zawiera laseczników cholerycznych; dla tego też działanie jego ochraniające polega wyłącznie na obecności w niem antytoksynów. Same laseczniki jednak mogą w takiem mleku rozwijać się zupełnie dobrze.

Koza, której mleko zawiera nawet dość znaczne ilości antytoksynów, może pomimo to zginąć od wstrzyknięcia dużej ilości hodowli cholerycznych. (*Archives de médecine experim. et d'anatomie pathol. T. V. Nr. 6.)* *Dr. Kryński.*

Toksykologia.

Loew (w Tokio.) **Naturalny system działania trucizn.**

Wszystkie dotychczasowe podziały trucizn opierały się na doświadczeniu a podział trucizn wedle ich pochodzenia ma tylko wartość podziału abecadłowego, jak to trafnie osądził Hermann w swej doświadczalnej toksykologii. Loew pokusił się o stworzenie naturalnego podziału trucizn, polegającego na ich swoistem działaniu. Sądzi on, że białko żywej plazmy, posiadające ściśle określoną budowę chemiczną, tworzy w żywej, prawidłowej plazmie pewne związki, które pod wpływem czynników mechanicznych lub chemicznych ulegają łatwo zboczeniu. Autor dzieli trucizny na ogólne i szczegółowe. Do pierwszych należą działające na wszelkie żywe ustroje, do drugich zaś te, które względem pewnych gatunków ustrojów zachowują się obojętnie. Pierwsza grupa obejmuje trucizny utleniające, działające katalitycznie, przez tworzenie soli lub przez zastępywanie pewnych ustrojowi właściwych związków. Do ostatnich zalicza związki, jak fenole, kwas pruski, siarkowodór, kwas azotowy, formaldehid i t. d. Druga grupa obejmuje trujące białka i autor zastanawia się tu nad wszelkiemi toksalbuminami podając wyniki najnowszych badań nad naturalną i sztuczną immunizacyą ustroju, i zasady organiczne, przy których rozstrząsa autor różne działanie trucizn na różne ustroje. Wreszcie zamieszcza autor w drugiej grupie trucizny pośrednio działające, t. j. upośledzające oddechanie, jak tlenek węgla, działające przez swój rozkład, jak jodek potasu przez wydzielenie jodu, zmieniające budowę tkanek, jak obojętne sole alkaliów i ziem alkalicznych (chlorek potasowy, barowy i t. d.) W dodatku zastanawia się autor nad truciznami, na razie nie dającemi się jeszcze pomieścić w żadnej grupie, jak n. p. sole kwasów tłuszczowych, strofantyna, kantarydyna, anemonina i t. d. (*Friedreich's Bl. f. gerichtl. Med. 1893. Z. VI.)*

Dr. Wachholz.

Choroby uszne.

S. Stein (w Moskwie). **O użyciu kokainy w chorobach jamy bębenkowej i błędnika.**

Otyatra nowojorski Wolfenstein zalecał niedawno zapuszczanie kokainy w ostrem zapaleniu ucha środkowego nie tylko jako znakomity środek kojący bóle, lecz zarazem bardzo często zmniejszający objawy zapalne a nawet mogący przeszkodzić ropieniu.

Otóż Stein przekonał się, że wskazania lecznicze do użycia kokainy sięgają dalej i obejmują nie tylko ostre zapalenie ucha środkowego, lecz także przewlekłe otoki, zgrubienia błony bębenkowej, zapalenie ze stwardnieniem (*otite scléreuse*) a nawet pewne powikłania ze strony błędnika. Oprócz na zmiany zapalne wpływa kokaina korzystnie na objawy podmiotowe, jak różnego rodzaju szumy i brzęczenia w uszach tak przykre dla chorych, przyśpiesza powrót błony bębenkowej do prawidła i nieraz znacznie poprawia słuch.

Stein używa kokainy w połączeniu z resorcyną, kwasem borowym i gliceryną według przepisów:

Rp. *Cocaini muriatici* *0·50—1·00*
Resorcini *0·10*
Aqua destil. coctae *10·00.*
MDS. Krople do uszu.

Rp. *Cocaini muriatici* *0·50—1·00*
Acidi borici *0·10*
Aqua destill. coctae *10·00*
MDS. Krople do uszu.

W stwardnieniu zaś (*sclerosis*) ucha środkowego przepisuje kokainę z gliceryną według wzoru:

Rp. *Cocaini muriatici* *0·50—1·00*
Glycerini
Aqua destill. coctae
aa 5·00.
MDS. Krople do uszu.

Ta dawka kokainy od 0·50 do 1·00 obliczona jest dla dorosłych; dla dzieci nie można zapisywać więcej, niż 20 centygramów na 10 gramów płynu.

Te zapuszczania kokainy, jakkolwiek skuteczne, łączą się w wielu przypadkach z dwiema niedogodnościami. I tak u niektórych chorych wywołują przypady zatrucia jak nudności, osłabienie dochodzące prawie aż do omdlenia, zawroty głowy, śpiączkę i t. p., co Stein uważa za objaw zwrotny działania kokainy na zakończenia nerwu słuchowego. Przypady te zwykle nie są groźne, mijają rychło, ale nie zaszkodzi uprzedzić o nich chorych.

Drugą niedogodnością jest, że zapuszczanie kokainy wywołuje bardzo często zadraźnienie skóry przewodu słuchowego wewnętrznego w postaci swędzenia, wyprysku i nawet czyraków (*furunculosis*).

Na swędzenie działa dobrze pomazywanie 3 do 4% rozczynem azotanu srebrowego.

W celu zapobieżenia wypryskowi należy przed każdem zapuszczeniem kokainy i po niem posmarować przerost słuchowy zewnętrzny i sąsiednie części małżowiny usznej znaną maścią cynkowoborową, której skład tu przypominamy: *Zinci oxydati 1·00, acidi borici pulverati 0·50, lanolini, vaselini aa 5·00.*

Jeżeli zaś chodzi o czyraki, wtedy zaleca się maść:

Rp. *Mercurii sublimati corr.* *0.02*
Solve in
Spir. vini *s. q.*
Dein adde
Lanolini *10·00*
Zinci oxydati *1·00*
MDS. Zewnętrznie.

Sposób zapuszczania kokainy zależy od tego, czy cierpienie jest ostre czy przewlekłe, czy z otokiem czy bez niego.

Jeżeli błona bębenkowa jest cała lub mimo przedziurawienia nie ma otoku, pomazuje się naprzód przewód słuchowy zewnętrzny maścią cynkową a następnie w sposób wiadomy zapuszcza, oczywiście na letnio, 5 kropel rozczynu kokainy i zatrzymuje je w uchu 10 do 15 minut, poczem wysusza się przewód słuchowy watą antyseptyczną nawiniętą na pręcik lub szczypczyki, wystrzegając się starannie wycierania przez obracanie i znów pomazuje się maścią cynkową.

W przypadkach przewlekłych zapuszcza się kokainę po dwa razy, w ostrych po 4 razy i więcej dziennie.

Jeżeli jest otok, zapuszcza się naprzód kwas borowy (po łyżeczce od kawy na szklankę wody), wysusza przewód słuchowy, pomazuje się go maścią cynkową a nakoniec zapuszcza kokainę w sposób co właśnie podany.

Przeciwskazaniem do użycia kokainy jest nadzwyczajna wrażliwość ucha, jak to bywa osobliwie po płonicy. Pamię-

tać również trzeba, że nie wolno używać kokainy z resorcyną w pierwszych dniach po przecięciu lub pęknięciu błony bębenkowej, jeżeli mianowicie otwór jest nader mały, ponieważ resorcyna przyspiesza bardzo jego zabliźnienie się. Wtedy zadowolnić się trzeba tylko środkami przeciwgnilnemi lub kokainą bez resorcyny.

W przewlekłych cierpieniach ucha środkowego i wewnętrznego, w których zapuszczania rozczynu kokainy przez przewód słuchowy zewnętrzny nie odnosiły skutku, otrzymał Stein nieraz bardzo pomyślne rezultaty pod względem tak poprawy słuchu jak i ustąpienia szumów i t. p. podmiotowych objawów z wpuszczania do jamy bębenkowej przez trąbkę Eustachiusza par, otrzymanych przez ogrzanie na sucho kokainy do temperatury 182 do 183° C., do czego używa krótkiej a grubej rurki odczynnikowej. Na dnie rurki znajduje się kokaina a otwór jej zamknięty jest szczelnie korkiem kauczukowym, przez który przechodzą dwie cewki szklane: jedna wystająca wolno w powietrze sięga prawie aż do warstwy kokainy, druga zaś kończy się zaraz pod korkiem a na zewnątrz łączy w sposób stósowny z kateterem kauczukowym wprowadzonym poprzednio do trąbki Eustachiusza. Do przemienienia kokainy w parę wystarcza mała lampka spirytusowa.

(La semaine médicale 17. Stycznia 1894).

Zapiski terapeutyczne

Dronke wychodząc ze zdania, że połączenie kilku środków działających przeciw tasiemcowi, powiększy znacznie ich skuteczność, przepisuje:

10) Rp. *Mellis despumati* 20 00
Exti cort. radd.
punicae granati
aetherei
Exti radd. filicis
maris aetherei
aa 0·50
Florr. cousso 20·00

Po zachowaniu poprzedniego dnia dyety dosyć ścisłej, dzieli się lek powyższy na trzy części i wyżywa je zrana na czczo w odstępach czasu od 10 do 15 minut. W godzinę do dwóch po zażyciu ostatniej porcyi zażywa się 30 gramów oleju racznikowego. Ażeby uniknąć przerwania się pasożyta, dobrze jest oddać stolec do naczynia napełnionego wodą letnią. *(La Médecine moderne 17. Stycznia 1894.*

Kojącego ból działania antypiryny używa Walter z korzyścią zapisując w wiewiórze (tryprze) do wstrzykiwań:

11) Rp. *Mercurii sublimati corr.* 0·02
Antipyrini 2.00
Aquae destil. 200·00

MDS. Po cztery razy dziennie wstrzykiwać do cewki.

Równocześnie zapisuje W. przeciw bolesnym erekcyom wewnętrznie na noc po 3 gramy bromku potasu i gramie antypiryny.

Przeciw tworzeniu się czyraków zapisuje Schoemacker:

12) Rp. *Kali chlorici*
Ferri lactici *aa* 1·20
Ttrae colombo 50·00
Syrupi simplicis 100·00

MDS. Zażywać dziennie po trzy łyżeczki od kawy.

Bulletin général de Thérapeutique 15. Stycznia. 1894.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekarzy galicyjskich.

XVI. Posiedzenie dnia 15. grudnia 1893 r.

Przewodniczący: kol. Schramm. — Obecnych członków 38.

1) Kol. przewodniczący poświęca kilka słów pamięci zmarłego długoletniego członka i byłego prezesa Towarzystwa, prof. Longina Feigla, którego pamięć uczczono przez powstanie z miejsc.

2) W sprawie protokołów przemawiali kol. Wernicki, kol. Ziembicki i kol. Bory.

3) Kol. Świątkiewicz przedstawia dwóch chorych: a) chorą, u której rozpoznanie waha się pomiędzy kiłą a twardzielem nosa. b) chorego z licznymi wrzodami kiłowymi na twarzy, na tułowiu i na kończynach.

Kol. Barącz skłania się do rozpoznania twardziela nosa w pierwszym przypadku przedstawionym przez kol. Świątkiewicza a to z powodu charakterystycznego kształtu nosa i zbitości obrzęku. Rozpoznanie właściwe będzie możebne dopiero po wycięciu kawałka obrzęku, sporządzeniu preparatów drobnowidowych i przeprowadzeniu hodowli.

4) Kol. Wiczkowski przedstawia preparat anatomiczny: bąblowca śledziony.

5) Kol. Bory przedstawia chorego z oddziału chirurgicznego z nowotworem złośliwym w okolicy stawu nadgarstkowego i na przedramieniu, z zajęciem gruczołów w przegubie łokciowym i w dołku pachowym i rozpoznaje mięsak.

Kol. Bączowi przypadek ten przypomina znaną mu tylko z rysunków i opisów chorobę t. zw. *Madura foot*. Badanie drobnowidowe przeprowadzone w pracowni prof. Crookshanka w Londynie, wykazało, że *Madura foot* jest promienicą kończyn. Kol. B. nie wyklucza możliwości nowotworu złośliwego w tym przypadku, radzi jednak poddać wycięty kawałek a względnie wyskrobane granulacye badaniu drobnowidowemu przed amputacyą kończyny. (ref. własny).

Kol. Ziembicki nie zgadza się z przypuszczeniem kol. Barącza, podda jednakże guz badaniu drobnowidowemu i przedstawi rzecz na najbliższem posiedzeniu.

Nadto w dyskusyi przemawiali kol. Wernicki i kol. Bory.

Badanie drobnowidowe guza dokonane przez kol. Krokiewicza, wykazało: *sarcoma alveolare.*

6) Kol. Ziembicki przedstawia chorą, u której wykonał owaryotomię i przedstawia dwa guzy wyjęte przez operacyą, których badania drobnowidowe wykazało: *fibrosarcoma*. W dwa dni po operacyi wystąpiły wymioty, znaczne wzdęcie brzucha i zapad. Zastósowanie wysokich irrygacyj zostaje bezskutecznem i nie sprowadza ulgi. Brak widocznych ruchów robaczkowych i brak wzdęcia jelit miejscowego przemawiały za niedrożnością czynnościową. Jednakże z powodu znacznego wzdęcia jelit zrobiono wiele punkcyj igiełkami Pravaza i przepłukano żołądek, następnie dano worek z lodem na brzuch. Objawy groźne ustąpiły i dalszy przebieg leczenia był prawidłowy. Obecnie chora jest na wyleczeniu.

7) Kol. Wehr przedstawia chorego po rozcięciu przełyku (*oesophagotomia ext.*) celem wydobycia połkniętego kawałka szczęki sztucznej mającego 35 mm. długości a 28 mm. szerokości. Operacyą przedsięwziął kol. Wehr w dniu 29. Wrzesnia 1893 r. przy pomocy koll. Mahla i Mukowicza w dwanaście godzin po utknięciu ciała obcego w przełyku, gdy nawet dość forsowne zabiegi z innej strony celem wydobycia lub zepchnięcia ciała obcego do żołądka pozostały bez skutku. Zabliźnienie zupełne rany nastąpiło w czwartym tygodniu po operacyi.

Kol. W. omawia leczenie następowe, sposób odżywiania, daty statystyczne połkniętych ciał obcych i demonstruje na odlewach gipsowych wymiary przełyku i stosunki topograficzne. (Rzecz będzie szczegółowo ogłoszoną).

Kol. Głuziński opowiada własne przypady po połknięciu ości. Przez trzy dni ość tkwiła w przełyku sprawiając znaczne bóle, których nawet morfina nie uśmierzała. Trzeciego dnia wieczorem zepchnięto ciało obce do żołądka, poczem bóle ustąpiły; przez następnych dni kilka jednakże nie mógł nic przełknąć. Kol. G. sądzi zatem, że następstwem długotrwałych podrażnień przełyku przez ciała obce i przez zabiegi chirurgiczne przedsiębrane celem usunięcia ciała obcego może być porażenie mięśni przełyku.

Kol. Stroynowski opisuje dwa przypadki przejścia sztucznej szczęki przez cały przewód pokarmowy. W jednym z tych przypadków kol. Str. wyjął szczękę z rzyci, w drugim szczęka sztuczna składająca się z 7 zębów wyszła samodzielnie przez rzyć nie sprawiając żadnych zgoła zboczeń.

Kol. Barącz: Postępowanie wobec ciał obcych powinno być różnem stósownie do kształtu ciała obcego, jego wielkości i konsystencyi, stopnia wklinowania i czasu, jaki przebywa w przełyku. Ciała okrągłe (pieniądze) najlepiej wydobywać koszykiem Graefego; dają się one wy-

dobyć łatwo i bez szkody, nawet po kilkudniowem leżeniu w przełyku, o czem kol. B. dwukrotnie sam się przekonał. Ciała obce o ostrych krawędziach, jak w przypadku kol. Wehra, należy usuwać przez rozcięcia przełyku. Ciała miękkie strawić się dające, jak n. p. kawał mięsa, należy zepchnąć do żołądka. Kol. B. opisuje podobny przypadek z własnej praktyki.

Co do ciał obcych, które zstąpiły do żołądka i dalszych części przewodu pokarmowego, postępowanie musi również zależeć od wielkości i kształtu ciała obcego i od objawów, które ono wywołuje. Wobec mniejszych ciał obcych wydaje mu się najracyonalniejszem zastósowanie t. zw. leczenia ziemniakami (*Kartoffelcur*), poleconego niedawno gorąco przez Billrotha. Kol. B. używał tego sposobu leczenia u dzieci 3 razy, zawsze z dobrym wynikiem; rozchodziło się przytem o stósunkowo wielkie i ostre ciała, jak gwóźdź, ostra sprzączka do próbek towarowych, jeździec na koniu ołowiany. Naturalnie, że wobec ciał większych, ostrych najracyonalniejszem postępowaniem jest gastrotomia lub enterotomia, stósownie do czasu, który upłynął od połknięcia. Doświadczenie zrobione przez kol. Stroynowskiego, zachęcałoby do dalszych prób z leczeniem ziemniakami, nawet wobec stosunkowo większych ciał obcych, jak szczęk sztucznych, osobliwie u osób, które nie przyzwalają żadną miarą na operacyę; naturalnie, że chorym należy przedstawić niebezpieczeństwa wynikające z dłuższego pozostawania ciał obcych w przewodzie pokarmowym. (Referat własny).

Kol. Obtułowicz przestrzega przed forsownem spychaniem, względnie wyciąganiem ciał obcych z przełyku za pomocą przyrządów i opisuje przypadek przebicia przez lekarza przełyku, wprawdzie zwężonego i wstrzyknięcia mleka wrzekomo do żołądka, poczem nastąpiło zapalenie opłucny i śmierć; w jamie opłucnowej znaleziono około litr mleka.

Kol. Wehr nie zgadza się z zapatrywaniem kol. Barącza tyczącem się prób z leczeniem ziemniakami, nawet wobec większych ciał obcych w przewodzie pokarmowym. Okoliczność, że nawet wielkie i kończaste ciała obce przechodzą czasami przez cały przewód pokarmowy, nie upoważnia wcale do ustanawiania zasady, żeby w tych przypadkach próbować niepewnego sposobu leczenia za pomocą ziemniaków.

8) Kol. Uhma przedstawia chorą z bąblicą zwyczajną (*pemphigus vulgaris*).

9) Wybrano komisyą przedwyborczą, w której skład weszli koll.: Czyżewicz, Merunowicz, Schramm, Ziembicki, Bylicki, Mukowicz, Uhma, Wechsler i Wehr.

Na tem posiedzenie zakończono.

XVII. Posiedzenie z dnia 29. grudnia 1893 r.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 29.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

2) Odczytano sprawozdanię kol. Pawlikowskiego o stanie zdrowotnym Lwowa w listopadzie 1893.

3) Kol. Krygowski przedstawia chłopaka z nieprawidłową budową łuków podniebiennych.

4) Kol. Uhma miał odczyt: O bąblicy zwyczajnej (*pemphigus vulgaris*). (Rzecz będzie ogłoszoną).

W dyskusyi przemawiali: kol. Prus godząc się na twierdzenie prelegenta, że bąblica nie jest samoistną chorobą, lecz tylko objawem chorobowym różnych cierpień.

Kol. Obtułowicz przypomina przypadek przez siebie opisany.

Kol. Merczyński jest również zdania, że w przeważnej liczbie przypadków bąblica jest tylko objawem chorobowym, sądzi jednakże, że pozostanie zawsze pewien dział, w którym możemy ją pojmować tylko jako samoistną chorobę, a tyczy się to przedewszystkiem formy ostrej, zakaźnej.

Kol. Uhma sądzi, że w wielu przypadkach rozpoznawanych jako ostra bąblica zakaźna rozchodzi się o *impetigo contagiosa* a nie o bąblicę.

5) Kol. Krokiewicz przedstawia kończynę górną odjętą z powodu nowotworu złośliwego w okolicy stawu nadgarstkowego i na przedramieniu i demonstruje preparaty drobnowidowe. (Chorego przedstawiał na poprzedniem posiedzeniu kol. Bory). Badanie drobnowidowe guza wykazuje: *sarcoma alveolare.* Ten rodzaj mięsaka należy do rzadszych i wychodzi najczęściej, jak w tym przypadku, ze skóry.

W dyskusyi przemawiali: kol. Ziembicki i kol. Wehr.

6) Kol. Kohlberger wygłosił dalszy ciąg wykładu: O typowych formach chorób umysłowych.

Na tem posiedzenie zakończono. Sekretarz: *Dr. Bory.*

VI. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44. z r. 1893.)

Podczas gdy wysłani do Smirny komisarze sułtańscy, inspektor jeneralny służby zdrowia Dr. Cozzonis i inspektor higieny Bąkowski-basza, przy współudziale całego ogółu miejscowych lekarzy, usiłowali przeprowadzić poszukiwania nad naturą i etyologią wybuchłej tam epidemii, gdy zdecydowano się uznać ją za podobną do cholery a właściwie za cholerę łagodną i nakazano zastósowanie środków ochronnych, w Carogrodzie pod datą 17/29. Sierpnia główny urząd sanitarny na Galacie i urzędy po przedmieściach zaczęły na patentach wydawanych odpływającym ztąd okrętom dopisywać notatkę: że w zakładzie dla obłąkanych w Skutari wybuchła choroba podejrzana, podobna do cholery, która w ciągu paru dni porwawszy kilkadziesiąt ofiar, szerzy się tam dalej, ograniczając się jednak do samego zakładu i przebywających w nim chorych. Siłą błyskawicy rozniesiona wieść wywoławszy niezwykły postrach, nie zachęciła jednak mieszkańców stolicy do wymykania się co rychlej ku punktom dotąd nie zakażonym. Grecya bowiem, Rumunia i Bułgarya pospieszyły nałożyć ośmiodniowy hamulec na wszystko, co pochodzi z Carogrodu. Chęć zatem dostatniejszych obywateli znalezienia schroniska przed tak już blizkiem niebezpieczeństwem okazała się niewykonalną. Bo w jakimby się nie udano kierunku, zewsząd nieubłagana Nemezys stawiła trudne do przebycia przeszkody, decydując tem samem do rezygnacyjnego pozostania w pobliżu świeżo wybuchłego ogniska. Jednocześnie dla uspokojenia umysłów, jak zwykle przypuszczających istnienie większego niebezpieczeństwa, aniżeli jest w istocie, zarząd służby zdrowia otrzymał upoważnienie do wydania odezwy, zapewniającej tak ludność stoliczną, jak i sąsiadów, że dotąd t. j. do 1. Września żaden choleryczny przypadek w ścisłem tego słowa znaczeniu nie został dostrzeżony i że ogólny stan zdrowotny w Carogrodzie i jego przedmieściach jest zupełnie zadowalającym. Odezwa jednak nie wywarła pożądanego wpływu i nie złagodziła ogólnego postrachu. Wiedziano bowiem, że liczba chorobowych przypadków i zejść śmiertelnych w Skutari powiększa się z dniem każdym, że w zakładzie dla obłąkanych osadzono specyalną komisyę lekarską a cały obszar odosobniono przez otoczenie go łańcuchem wojskowym w celu umiejscowienia szerzącej się w zakładzie epidemii. Nikt też więcej nie wątpi, że plaga grożąca stolicy od ćwierć wieku przeszło, teraz nie tylko, że się zbliżyła ku jej progom, ale że już szerzy swe zniszczenie w pośród mieszkańców pewnych części miasta. Co więcej, powołanie do stolicy komisarzy wysłanych do Smirny, wzmocnienie posterunków sanitarnych nad Bosforem i w cieśninie Dardanell przez wysłanie tam lekarzy wojskowych, dalej zabezpieczenie się od strony prowincyi smirneńskiej przez ustanowienie łańcucha straży sanitarnych od zatoki Adramyt, poniżej skłonów bityńskiego Olimpu i Brussy, aż ku zatoce nikomedyjskiej, rozkaz wydany pod datą 8. Września poddawania

w przystaniach tureckich 24 godzinnej obserwacyi przybywających z Bosforu i wybrzeży morza Marmora aż do Dardanell; wreszcie podejrzany i zakończony śmiercią przypadek zaszły w szpitalu francuzkim, wszystko to daje podstawę do uznania sytuacyi zdrowotnej w Carogrodzie za zachwianą do tak wysokiego stopnia, że rozwleczenie się zarazy trzeba uważać za nieuniknione. Czy zaś nastąpi to w obecnej porze roku, czy też nieokreślone dotąd ognisko zakaźne, okazawszy pewną łagodność, przetrwa czas dłuższy; czy podejrzana plaga zostanie uznaną za egzotyczną czy swojską, za zawleczoną czy sporadyczną, za *x* lub *z* Pettentkoffera, o tem zapewni nas dalszy jej rozwój, nasilenie i odsetki śmiertelności, jaką zdołamy zanotować! Jakby jednak być nie miało, chwila, w której układam swoje sprawozdanie, jest niewymownie krytyczną dla tutejszych stósunków zdrowotnych. W Smirnie bowiem cholera szerzy się z niezwykłą energią i, choć przeważnie w pośród warstw tamecznych Izraelitów, to jednak nie oszczędza Greków i Ormian, sprawiwszy już blizko trzysta przypadków, z których przeszło sto z nieszczęśliwem zejściem. Zaraza dostała się już i do miasteczka Tyry, zkąd zagraża dalszym, zachodnim obszarom. W samym zaś zakładzie dla obłąkanych w Skutari zanotowano do 16. Września 107 przypadków; liczba powiększona jeszcze pięcioma przypadkami, z których cztery śmiertelne, dostrzeżonemi już w pośród mieszkańców tego przedmieścia. Jednocześnie zaraza szerzy się w Chaldei, gdzie zaznaczywszy swój postęp bardzo wieloma przypadkami w Bagdadzie, przeskoczyła nad wybrzeża Eufratu sadowiąc się w miasteczku Hid, którego bogate źródła asfaltu oczywiście nie stłumią siły zakaźnego pierwiastku, mogącego z największą łatwością dostać się do koczujących w pobliżu pokoleń arabskich a przez nich przenieść się do Syryi i ku wybrzeżom morza Śródziemnego.

Wypada mi teraz przedstawić przypady, jakie cechują ów stan patologiczny uznany za p o d o b n y do cholery, a którego istnienie i rozwój potwierdzono w zakładzie dla obłąkanych w Skutari. Cierpienia nie poprzedzała tak zwana biegunka przygotowawcza (*praemonitoria*) a tylko rozpoczynały je bardzo częste wymioty, złożone z resztek na pół strawionych pokarmów i zawierające substancyą koloru zielonego, brunatnego lub czarnego. Po kilku godzinach wymioty ustawały a zastępowała je biegunka częsta, wodnista, biaława, bez woni, z rozdzierającemi i piekącemi bolami w jamie brzusznej, z oziębieniem i kurczami w kończynach, fiołkowem podbiegnięciem okolicy podoczodołowej, niedającem się wymacać tętnem, cechującem wejrzeniem, sinicą powłok skórnych i szybkim upadkiem sił. Po kilkunastu-godzinnem trwaniu cała ta sprawa chorobowa w największej liczbie przypadków kończyła się śmiercią. Do bakteryologów należy określenie natury tego klinicznego obrazka.

Pomimo więc wszelkich ostrożności sanitarnych gość indyjski dostawszy się do nadbosforskiej stolicy, nadał całej sytuacyi zdrowotnej bardzo groźne piętno! Odwiedzin jego przesądna ludność spodziewała się od roku 1865., przypuszczając, że cholera powinna była wybuchnąć w Carogrodzie po upływie każdych ośmiu lat, jako proste następstwo opieszałego gospodarstwa higienicznego, które dla dokładniejszego ocenienia wymaga rozpatrzenia się w postępie, jakiemu uległa w ostatnich latach ogólna higiena, i o ile korzystnemi okazały się dla ogólnego zdrowia nakazane i mniej więcej ściśle stósowane środki profilaktyczne w celu odwrócenia zarazy lub przynajmniej zatrzymania jej w punktach odleglejszych. Nie nużąc uwagi czytelnika cytowaniem charakteru stósunków klimatycznych, bardzo zmiennych nad Bosforem i Złotym Rogiem, pominę też i wpływy wywarte na higienę Carogrodu pożarami, kanalizacyą, doprowadzeniem z jeziora Derkos wody do picia, oświetleniem gazowem, budową tunelu między Perą i Galatą i t. p., a nie powtarzając swych narzekań na brak szpitali epidemicznych, baraków, pracowni bakteryologicznej i na odmowę, jaka spotyka biednych chorych, gdy błagają o przyjęcie do jednego ze szpitali cudzoziemskich, przejdę od razu do ocenienia postępowego stósowania środków ostrożności sanitarnych wprowadzonych w czyn, z większą, bo zawodową znajomością rzeczy i dzięki wspaniałomyślności panującego Monarchy otaczanych największą pieczołowitością.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 25. stycznia 1894 r.

— Z Kamieńca Podolskiego dochodzi nas nader bolesna wiadomość o śmierci członka-korespodenta Tow. lek. krak., przez długie lata współpracownika *Przeglądu lekarskiego*, Dra **Antoniego Józefa Rollego.** Ograniczając się dla spóźnienia pory tylko do podania wiadomości o tej dotkliwej stracie dla naszego ogółu, w następnym numerze podamy obszerniejszy życiorys Zmarłego, który swą wybitną czynnością literacką i obywatelską zajął w dziejach Podola przodujące stanowisko.

— Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrała na posiedzeniu w dniu 12. b. m. przewodniczącym Dra Edwarda Stroynowskiego, zastępcą przewodniczącego Dra Edwarda Festenburga, sekretarzem naukowym Dra Juliana Borego, członkami biura Dra Bronisława Longchampsa i Dra Edwarda Mukowicza, delegatami na walne zebranie Drów Franciszka Jandę, Jana Rosnera i Michała Świątkiewicza, zastępcami delegatów Drów Władysława Tatarczucha i Emila Wechslera.

— W dniu 24. b. m. odbyło Towarzystwo Lekarskie krakowskie posiedzenie zwyczajne, na którem przewodniczący kol. Kwaśnicki poświęcił kilka gorących słów pamięci zmarłych przed kilku dniami prof. Madurowicza w Krakowie i Dra Józefa Rollego w Kamieńcu i wezwał zgromadzonych do oddania im czci przez powstanie. Członkiem czynnym wybrano Dra Władysława Reissa. Kol. Mars w zastępstwie kol. Zarewicza odczytał sprawozdanie kasowe Towarzystwa za rok ubiegły. Na wniosek Komitetu wybrano komisyę do zaprojektowania zmian statutu, do której weszli koll. prof. Rydel, prof. Mars, doc. Ponikło, doc. Zarewicz, Kwaśnicki i Tyszkiewicz. Kol. prof. Jakubowski miał zapowiedziany odczyt o p u n k c y i w o d o g ł o w i a; nad odczytem tym wywiązała się żywa dyskusya, w której wzięli udział kol. Trzebicky, Sroczyński, Korczyński, Mars, Cybulski, Gluziński, Walentowicz i Słapa.

— Wychodząca w Berlinie *Hygienische Rundschau* umieszcza na czele pracę Dra Justyna Karlińskiego pod tytułem: *Unter der gelben Flagge. Erinnerungen und Eindrücke von meiner Reise nach Arabien und Kleinasien.* Praca ta miała ukazać się, jak wiadomo, naprzód w *Przeglądzie lekarskim*, nie doszła jednak redakcyi z przyczyny nieporządków na pocztach na Wschodzie.

— Międzynarodowa Komisya sanitarna przeciw cholerze ma się zebrać w Paryżu dnia 7. Lutego; jako delegat rządu austro-węgierskiego zasiadać w niej będzie obok ambasadora hr. Kuefsteina ziomek nasz

i współpracownik *Przeglądu lekarskiego*, Dr. Justyn Karliński, który opuściwszy służbę lekarską przy sułtanie tureckim bawi obecnie w Wiedniu i pracuje w ministerstwie spraw zagranicznych.

— **Od Komitetu polskiego XI. międzynarodowego Zjazdu w Rzymie.** Komitet centralny uprasza nas o podanie do publicznej wiadomości, że obecne rozruchy we Włoszech nie mają bynajmniej żadnej poważnej cechy i że w niczem nie mogą przeszkodzić pracom międzynarodowego Kongresu lekarskiego.

— Rząd turecki postanowił rozpocząć zwalczanie cholery w głównem jej ognisku, t. j. w Mekce. W tym celu mają zbudować wielki, na 1.000 biednych pielgrzymów obliczony karawanseraj, w którym będą szpital, apteka, przyrządy desinfekcyjne, łaźnie i t. d. Mekka ma otrzymać wodociąg; używanie wody z cystern będzie zakazane. Pielgrzymi przybywający z Indyj i Jawy będą poddani ścisłej kwarantanie w Kamaranie, Elvassicie i Abu-Saidzie. W miesiącu Ramazanie wysyłać będzie rząd 12 lekarzy i 7 aptekarzy do Mekki. Na pokrycie kosztów tych wszystkich urządzeń będą opłacać pielgrzymi bardzo mierną daninę.

— Prof. Kroenlein w Zurychu miał niedawno wykład w tamtejszem Towarzystwie odontologicznem o niebezpieczeństwach używania szczęk sztucznych i przytoczył ze swojej praktyki 4 przypadki połknięcia szczęk podczas snu. W jednym udało się wydobycie zapomocą koszyka Graefego, w dwóch musiano przystąpić do ezofagotomii zewnętrznej, w ostatnim zaś przyszło do zakończenia się śmiertelnego skutkiem krwotoku z prawej dolnej tętnicy tarczykowej w 15 dni po ezofagotomii. Z piśmiennictwa zestawił Kroenlein 37 przypadków ezofagotomii celem wydobycia połkniętych szczęk sztucznych: 29 przypadków wyzdrowiało, 8 umarło. Kroenlein radzi przeto gorąco szczęki sztuczne wyjmować przed udaniem się na spoczynek i reparować zaraz po zepsuciu się.

— Wkrótce ma się rozpocząć w Paryżu budowa nowego szpitala ufundowanego przez zmarłą przed 7-ma laty Boucicautową, wdowę po słynnym właścicielu magazynu towarów bławatnych, z którym zapewne niejeden z czytelników *Przeglądu lekarskiego* zostawał w styczności za pośrednictwem swej piękniejszej połowy.

Szpital, który ma kosztować 2 miliony franków, będzie się mieścił przy ulicy de Vouillé i zajmować o 9.000 metrów kwadratowych więcej powierzchni, niż szpital Hôtel Dieu; składać się będzie z 4 pawilonów dla chorób wewnętrznych, 4 pawilonów dla chorób chirurgicznych i oddziału dla położnic o 24 łóżkach. Razem mieć będzie 162 łóżek. Do utrzymania jego służyć będzie procent od 8 milionów franków legowanych na to przez fundatorkę.

— *British medical Journal* podaje we frankach wykaz majątków niektórych lekarzy angielskich znanych w szerokim świecie. Dr. Blundell zmarły w roku 1877 zostawił po sobie 8,750.000, Dr. M. W. Gull w r. 1892 zmarły 8,600,000, Erazm Wilson 6,600.000, zmarły niedawno Andrzej Clark 5,100.000, O. Clayton 3,650 000, G. Burrows 2,615.000, W. Bowmann 2,500.000. Najuboższym między tymi milionerami jest Murchison, który pozostawił po sobie tylko 1,250.000 franków.

— **Artykuły oryginalne mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich**: w *Gazecie lekarskiej* nrze 3: M. Warman: Przyczynek do leczenia porażeń osnuty na tle 250 przypadków. L. Feinstein: Wrzody łącznicy pochodzenia ospowego. Z. Dmochowski: O wtórnem cierpieniu jamy nosogardzielowej u suchotników. W *Medycynie* nrze 3: W. Bruner: O zwracaniu i przeżuwaniu pokarmów. J. Szwajcer: Gorączka powrotna w Warszawie w r. 1892. A. Wojnicz: Próby przepłukiwania przewodu pokarmowego w cholerze azyatyckiej sposobem Genersicha.

Redakcya otrzymała:

F. Neugebauer: Kilka słów o sematologicznem i dyagnostycznem znaczeniu badania śladów chodzenia czyli ichnogramów ludzkich. Warszawa 1893. (Odbitka z *Gazety lekarskiej*).

S. Bulikowski: O wyborze miejscowości klimatycznych a w szczególności o Gleichenbergn. Lwów 1893.

Na pomnik ś. p. Wóycikowskiego złożyli w redakcyi *Przeglądu lekarskiego* za pośrednictwem prof. Dra Bujwida Dr. Popławski i Dr. Bogdański po rublu, razem przeto 2 rsr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

W celu nadania stypendyum jednorazowego na podróż w kwocie 900 zła. z fundacyi J. W. Radcy Stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszem konkurs.

O stypendyum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w U. J., którzy studya swe ukończyli, najdalej w przeciągu pięciu lat od ukończenia swych studyów. Każdy z ubiegających powinien się zobowiązać piśmiennie, że w razie udzielenia sobie stypendyum w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę. W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą wprawę naukową w pewnej gałęzi lekarskiej, bądź teoretycznej bądź praktycznej; ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego a nie do samego lekarskiego wykonawstwa. Wymaga się więc dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego okazywanego jużto w pracowniach, jużto w klinikach szczególnem przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwem zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską i t. p. Jako rękojmi pożytecznie zagranicą użytego czasu i funduszu wymagać się będzie od pobierającego stypendyum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków tak pod względem wykształcenia osobistego, jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac. Podania należy wnieść do dnia 14. Lutego b. r. na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Kraków d. 20. Stycznia 1894. *Browicz.*

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.